

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名

() 歳 男性・女性

ご職業

(大・昭・平・令)

自宅：

生年月日

年

月

日

電話番号

携帯電話：

ご住所 〒

◆ ご来院は初めてですか？ (初めて 久しぶり)

◆ 本日の体温をご記入ください。 (°C)

◆ 発熱がある場合、いつからですか？ (月 日から 日間。最高体温は °C)

◆ どのような症状がありますか？ ○でかこんでください。

耳 痛い かゆい 水や膿が出る 耳垢 補聴器相談

(右・左・両) 聞こえが悪い つまった感じ 耳鳴り めまい

鼻 鼻汁(水様性・膿性) 鼻づまり 鼻出血(右・左・両)

くしゃみ 臭いがわからない 花粉症(スギ・ヒノキ・その他・わからない)

のど 痛みがある つかえる・つまる むせる

声がかれる 咳・痰 体がだるい

その他 口内炎 いびき 睡眠時無呼吸 顔面神経麻痺

上記以外の症状 ()

◆ 症状はいつからですか？ ()

◆ 今までにかかった病気、治療中の病気があればご記入ください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺肥大 喘息 アトピー

その他 ()

◆ 服用中の薬はありますか？⇒ (ない ・ ある)

本日お薬手帳はお持ちですか？⇒ (いいえ ・ はい・アプリ) ※いいえの方で、服用中の薬があればご記入ください

()

◆ 飲み薬や注射、麻酔などで具合が悪くなったことがありますか？

(ない ・ ある) ⇒薬剤名 ()

症状⇒ 発疹がでた 息苦しくなった ひどい下痢をした 胃痛 動悸 吐き気

その他 ()

◆ アレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい) ※はいの方は、下記で該当するものを○でかこんでください

牛乳・卵・スギ・ヒノキ・ブタクサ・ハウスダスト・ダニ・その他 ()

◆ 服用できない薬の剤形はありますか？ (ない ・ ある) ⇒ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ剤 ・ カプセル

◆ 小児(14歳以下)の方は体重をご記入ください (kg)

◆ 【女性の方へ】妊娠中または可能性はありますか？ (いいえ ・ はい 月)

◆ 【女性の方へ】授乳中ですか？ (いいえ ・ はい：お子様の年齢 歳 月)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)

当院は正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。