

問診表（氏名以外は、変更がなければ記載不要です）

年 月 日

ふり がな
氏 名： （男・女） 代筆： （続柄： ）

生年月日： T / S / H / R 年 月 日 （ 歳） 体重（15歳以下の方）： kg

ご住所：〒

電話番号： 緊急連絡先： （続柄： ）

1. 本日はいつから・どのような症状で来院されましたか？

いつもと同じ（前回と変わらない）・いつから： _____

症 状： _____

2. 上記にて他の医療機関に受診されましたか？

いいえ / はい（病院名・治療内容など： _____）

3. 今までに以下の病気にかかったことがある、または治療中の病気はありますか？

いいえ / 熱性けいれん・喘息・高血圧・糖尿病・脳梗塞・心筋梗塞・肝炎・腎臓病・胃潰瘍・前立腺肥大・
緑内障・その他（ _____）

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？お薬手帳があれば出してください。

いいえ / はい（ _____）

5. 薬や注射、歯科などでの麻酔、食べ物、その他に対してアレルギーはありますか？

いいえ / はい（ _____）

6. 女性の方に伺います。現在、妊娠や授乳中ですか？ いいえ / 妊娠 カ月 ・ 授乳中

7. たばこは吸いますか？ 吸わない / 吸う（吸っていた）： 1日 本 ・ 年間

8. お酒は飲みますか？ 飲まない / 飲む（飲んでいた）： 1日 ml ・ 年間

9. その他、希望や質問があれば教えてください（検査・治療・薬などに関してでも）

いいえ / はい（ _____）

10. 当院を知ったきっかけについてよければ教えてください。

以前から通院していた・ホームページ・知人の紹介・通りがかり・その他（ _____）

11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ / はい

当院では診療情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

いの耳鼻咽喉科