

問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日：大正・昭和・平成・令和 男・女 年 月 日 (歳) ※お子様のみ 体重 kg
住所 〒	
電話番号 自宅	携帯
緊急連絡先 (ご本人以外)	(続柄：)
★女性の方 現在妊娠または授乳を (していない・している) 妊娠 週目 授乳 ヶ月のお子さん	

1 マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか？

- はい
 いいえ (持参なし 資格確認書を提示)

当院は診療情報を取得・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。

2 本日はどのような症状で来院されましたか？

いつから (前から) 体温 (°C)

鼻	のど	耳 (右・左・両)
・鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色)	・のど痛 ・声がれ	・耳痛 ・耳だれ
・鼻づまり くしゃみ	・せき ・たん	・耳鳴り ・かゆみ
・鼻水がのどに流れる	・のどがつまる感じ	・聞こえ悪い ・耳閉感
・鼻血 (右・左)	・のどの違和感	・めまい (回転性・ふわふわ)
		・耳そうじ希望

その他 ()

3 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ・はい (受診日 医療機関名)

4 現在治療中、または今までかかった病気はありますか？

いいえ・はい 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 高脂血症
 脳梗塞 緑内障 前立腺肥大 胃潰瘍 喘息 癌
 その他の病気 ()

5 この1年間で健診 (特定健診または高齢者健診) を受診しましたか？

いいえ・はい (年 月頃)

6 現在服用中の薬はありますか？

いいえ・はい ()

7 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ・はい (薬： 食べ物：)

8 今まで歯科等で麻酔を使って具合が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい

9 今までに入院歴、手術歴はありますか？

いいえ・はい (病名 いつ頃)

10 たばこを吸いますか？

いいえ・はい (1日 本くらい 年間)