

診察券No._____

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前：_____ 様 男・女 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日(才)

〒_____

電話番号：_____

住所：_____

携帯番号：_____

本日、診察を希望される症状は何ですか？

● いつから _____ から

体重： kg 平熱： °C

当院にて： °C

● 症状(簡潔に)_____

※お薬手帳も一緒に提出ください(有・無・アブ)

※該当するものに □・記入して下さい。

上記の症状が出てから発熱 → □あり □なし 解熱鎮痛剤の服用 → □あり □なし
→ 検査を受けた(_____ 検査) 検査日(月 日) 結果()

※今回の症状で他の病院を受診しましたか？

□いいえ

□はい 年 月 曜日() 病院： 病名()

■今までに病気にかかったり、手術をしたり、現在治療中の病気はありますか？

□なし

□ある → 高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 哮息 緑内障
その他()

□手術 → 年 月 曜日() 病名()

■服用中の薬はありますか？

なし・ある(薬名)
(抗凝固剤の服用 → なし・あり)

■くすりのアレルギーはありますか？

なし・ある(薬名)
(症状)

■食物アレルギーはありますか？

なし・ある(食品名)

■たばこは吸いますか？

□吸わない □禁煙した
□吸う () 歳から 一日() 本
□禁煙した () 歳から

■女性の方にお伺いします。

□妊娠中(カ月)・□授乳中

★いけだ耳鼻咽喉科を何でお知りになりましたか？

知人・家族・建物看板・回覧板広告・電柱広告・ホームページ・その他

[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。]