

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？  
体重： \_\_\_\_\_ kg 平熱： \_\_\_\_\_ °C

● いつから \_\_\_\_\_ から 当院にて： \_\_\_\_\_ °C

● 症状(簡潔に) \_\_\_\_\_  
※お薬手帳も一緒にお出しください( 有・無・ｱﾌﾟﾘ )

※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 \_\_\_\_ 日頃 ( \_\_\_\_\_ ) 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 喘息 緑内障  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
☐ 手術 ➡ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃 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。 〕