

問診表

フリガナ

お名前： _____ 体重： _____ kg ご年齢： _____ 歳

生年月日：(大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____
ご住所： _____

電話番号 (_____) 携帯 _____

・マイナンバーカードの受付時、診療情報取得に同意されましたか？

はい

いいえ→この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？※40歳以上の方

はい(受診時期： _____ /指摘事項 _____)・いいえ

・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい ※紹介状を受付にご提出ください

いいえ

・現在、他医療機関に通院されていますか？

はい

いいえ

(医療機関名： _____ /受診日 _____ /治療内容 _____)

・どこが悪いですか？

みみ(右・左)・のど・はな・めまい・その他 体温(_____)℃

どのような症状ですか？(_____)

いつからですか？(_____)

・今まで大きな病気にかかったことがありますか？

はい(病名： _____) いいえ

・いま治療している病気がありますか？

はい(病名： _____) いいえ

・いま飲んでいる薬はありますか？ ※お薬が多い方はお薬手帳をご用意下さい

はい(薬名： _____) いいえ

・いままで薬・麻酔・食物でアレルギーがでたことがありますか？

はい(薬名： _____) いいえ

(症状： _____)

【女性の方】

・妊娠の可能性はありますか？

はい(_____ 週目) いいえ

・または授乳中ですか？

はい(お子様 _____ 歳 _____ か月) いいえ