問診表

フリガナ

お名前:	体重:	kg ご年齢	: 歳
<u>生年月日:(大・昭・平・令)</u> 年	月 E	<u> </u>	
〒 ご住所: 電話番号 ()	携帯		
 他医療機関からの紹介状はお持ちですか? 口はい ※紹介状を受付にご提出ください 現在、他医療機関に通院されていますか? 口はい (医療機関名: /受診日	同意されました	□いいえ □いいえ か? □いいえ	
どこが悪いですか?みみ(右・左)・のど・はな・めまい・そのどのような症状ですか?(いつからですか?()他 <u>体温(</u>	<u> </u>)
 ・今まで大きな病気にかかったことがありますかでしない(病名: ・いま治療している病気がありますか? 口はい(病名: ・いま飲んでいる薬はありますか? ※お薬が多いの口はい(薬名: ・いままで薬・麻酔・食物でアレルギーがでたこの口はい(薬名・食物: (症状:)) <u>うはお薬手帳をご用類</u>)	 □いいえ	
【女性の方】 ・妊娠の可能性はありますか? 口はい(週目) ・または授乳中ですか? 口はい(お子様 歳 ヵ月)		□いいえ □いいえ	

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致します。