

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： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg

## 本日、診察を希望される症状は何ですか？

※お薬手帳も一緒にお出してください(有・無・アフリ)

### ■①いつ頃から ②どのような症状ですか？(簡潔にお願いします)

① \_\_\_\_\_ から

※ 当院にて( )℃

平熱( )℃

② \_\_\_\_\_

※該当するものに  ・記入して下さい。

コロナに感染した( 年 月 日)

検査を受けた → (インフルエンザ検査・H1N1抗原検査・PCR検査) → 検査日( 月 日)結果( )

コロナワクチンを接種した( 回)(最終接種日： 年 月)

### ■今回の症状で他の病院で治療を受けましたか？

なし

ある 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。】