

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 平熱： \_\_\_\_\_ °C

## 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)

- いつから \_\_\_\_\_ から ※ 当院にて( )°C
- 症状(簡潔に) \_\_\_\_\_

※該当するものに  ・記入して下さい。

ここ2～3日に発熱があった →  解熱鎮痛剤を服用した。

→  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。 〕

© 2024 いけだ耳鼻咽喉科