

保険証 預  返   
薬手帳 預  返   
その他 預  返

# 問診票

頭書・保確認 No. \_\_\_\_\_

ID. \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 女・男 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

生年月日 \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

1. 今日はどうなさいましたか？

当てはまる症状に○をつけてください。

● 鼻 ( )

● 喉 ( )

● 耳 ( )

● めまい ( )

● その他 ( )

2. その症状はいつからですか？ 2. ( )

3. その症状でほかの医療機関で診てもらいましたか？ 3. ・いいえ ・はい

医療機関名 ( )

診断名・治療内容 ( )

4. 現在かかっている病気はありますか？ 4. ・喘息・糖尿病・高血圧・肝炎・胃潰瘍

・首の病気・その他 ( )

5. 今までの大きな病気をにかかったり手術を受けたことはありますか？ 5. ・いいえ ・はい ( )

6. 今まで飲み薬、塗り薬、注射、食べ物で体に合わなかったことはありますか？ 6. ・ない ・ある (具体的に )

7. 女性の方にお伺いします。 7. 妊娠中ですか？ ・いいえ ・はい (妊娠 週 ヶ月) 授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

8. 1日にたばこは何本吸いますか？ 8. 約 本 / 約 年 何年間吸いましたか？

9. 1日に酒類はどのくらい飲みますか？ 9. ・毎日 を 本位 ・機会飲酒

10. 15歳以下の方 10. 体重 kg