

- 隔離( ) 処置室( )
- 外出中 車待機
- 戻る
- TELする 済
- 待ち時間( 分・時間) 説明済み

# 問 診 票

※ 患者番号

※ 紹介状あり

※は記入しないでください

フリガナ		男 女	生年月日	大正	平成	年 月 日 ( 才 ヶ月)
氏名				昭和	令和	
住所	〒 —					
携帯番号	—	—	自宅	—	—	

1. 何科の受診をご希望ですか？（複数科可能です。但し睡眠呼吸障害は予約となります。）

\* 耳鼻咽喉科 \* 内科 \* 循環器科 \* リウマチ科 \* 睡眠呼吸障害 体温 \_\_\_\_\_ °C

2. いつ頃（何日前）からどのような症状がありますか？また治療はされましたか？

[ ]

今回の症状で飲んでいるお薬を、ご記入下さい。

[ ]

3. 薬や食べ物によるアレルギーはありますか？

ない ある 薬( ) 食品( )

4. 現在治療中、または今までににかかった病気はありますか？ ない ある（下記に○をお付け下さい）

高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 脳疾患 肺疾患 肝疾患 腎疾患 甲状腺疾患  
 膠原病 アレルギー性疾患（喘息 花粉症） 副鼻腔炎 睡眠時無呼吸症候群 血液疾患  
 精神疾患 手術歴 その他( )

その病気は何歳頃、どこの病院で治療しましたか？

( 歳頃 病院)

現在、その病気でお薬は飲んでいますか？ いいえ はい

本日は、お薬手帳（お薬説明書）をお持ちですか？ ない ある（受付にお出し下さい）

5. 煙草を吸いますか？ いいえ はい(1日 本) 吸っていたが禁煙した( 年前)

6. 女性の方へ 現在、妊娠中や妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい( ヶ月)

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

7. 12歳以下のお子様へ 体重でお薬が決まる為、現在の体重は何kgですか？…( kg)

8. 診察に関して何かご要望があれば、ご記入下さい。

[ ]

9. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

家族が受診していた 知人の紹介 ホームページ 医療機関の紹介  
 記載者…本人 家族 その他( )

当院では、本人確認の為保険証のコピーを取らせて頂いております。  
 尚、カルテ同様に厳正に管理しております。