

- 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。