

隔離() 処置室()
□外出中 □車待機
□戻る

問 診 票

R _____

□TELする 済
□待ち時間(分・時間) 説明済み

※ 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
氏名				昭和	令和	(才	ヶ月)	
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 看板 電話帳 ホームページ 医療機関の紹介
記載者…本人 家族 その他（ _____ ） ご協力ありがとうございました。

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、カルテ同様に厳正に管理致します。
質の高い医療の提供のためにも、マイナ保険証の利用に ご協力をお願い致します。