

問診票（新患用）

ふりがな			〒
氏名		男 女	住所
大正 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）			日中の連絡先（TEL）
身長	cm	体重	

あてはまる項目に○をつけてください

I. 本日はどのようなことで来院されましたか？またその症状はいつからですか？

a	鼻	（両側 右 左）	つまる 鼻水（透明で水様 黄色で粘稠 両方） くしゃみ 痛む 鼻出血 その他（ ）	日 週 ヶ月 年 前から
b	耳	（両側 右 左）	痛む かゆい 耳だれ 聞こえが悪い 耳鳴り ふさがった感じ 耳あか その他（ ）	日 週 ヶ月 年 前から
c	のど		痛む せき 痰がからむ いがらっぽい 声がかれる 違和感がある その他（ ）	日 週 ヶ月 年 前から
d	その他		熱がある（ ）℃ だるい 頭痛 口内炎 首がはれている 回転性のめまい ふらつき 睡眠時無呼吸症候群 その他（ ）	日 週 ヶ月 年 前から

II. 現在使用している薬を教えてください（ない ある）

（過去1か月以内に内服していた薬もお書きください）

現在内服中のもの

内服終了したもの

[]

[]

III. 今までにかかったことのある病気はありますか？

喘息 胃・十二指腸潰瘍 糖尿病 高血圧 心臓疾患 肝臓疾患

腎臓疾患 緑内障 前立腺肥大 けいれん その他（ ）

IV. 今までにアレルギー（じんま疹や喘息発作など）がありましたか？

ない ある（ある場合は出来るだけ詳しく書いてください）

薬（ ）

食べ物 卵 牛乳 その他（ ）

その他（ ）

V. たばこを（吸わない 吸う） アルコールを（飲まない 飲む）

VI. 女性の方にお聞きします

妊娠（していない している 可能性がある）

授乳（していない している）

VII. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか（はい いいえ）

→裏面にもあります

VIII. 診療明細書発行について（点数など細かい内容が記載されているもの）
（希望しない 希望する）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報取得加算の算定医療機関です。
正確な情報・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

ご協力ありがとうございました