記載日　　年　　月　　日

問診票

ふりがな　　生年月日

お名前　　男・女　　大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）

〒　　－　　住所

電話番号〈自宅〉　　〈携帯〉　　職業

緊急時連絡先〈氏名〉　　〈電話番号〉

体重　　Kg　　お子様愛称　　ちゃん・くん

1. 薬に対するアレルギーがありますか？
   いいえ　　はい（薬の名前　　）
2. 食べ物に対するアレルギーがありますか？
   いいえ　　はい（食べ物の名前　　）
3. 困っている症状は何ですか？いつからですか？
   （　　）
4. 熱はありますか？　　いいえ・はい（　　度　　分）
5. 咳はありますか？　　いいえ・はい
6. 今までの病気があればすべて教えてください。
   なし・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・緑内障・その他（　　）
7. 女性のみ：妊娠、授乳について　→　なし　・　妊娠中（　　ヶ月）　・　授乳中
8. お子さんのみ：薬の剤形の希望はありますか？　※ご希望に添えない場合もあります。
   粉・水薬・錠剤・剤形の希望なし／お昼のお薬はあってもよいですか？　よい・ない方がよい
9. 現在飲んでいる薬がありますか？　いいえ・はい（薬の名前　　）
10. この１年間で健康診断は受けられましたか？　はい・いいえ
11. 治療方針のご希望について ※ご希望に添えない場合もあります。
    ① できる検査は提案してほしい（精密検査希望）　② 受診回数はなるべく少なくしたい
    ③ 検査は要らない（例：他院で既に診断がついているなど）
    ④ 院内での鼻・のど吸入について→ 希望する・希望しない・どちらでもよい
12. 当院に来院されたきっかけは何ですか？
    家が近い・家族が受診した・職場が近い・ホームページ・その他（　　）

（医院記載欄問診責任者　　）正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力お願いします。