

# 問 診 票

記入日：        年        月        日

ふりがな	性別	小学生以下	ご住所 〒        —        初診の患者様のみ記入
お名前	男	体重	
	女		
明・大・昭・平・令	年齢		携帯 (        )
年        月        日生			電話 (        )

体温                      °C

当院でめまい・花粉症・無呼吸の受診が初めての場合、問診票が別になりますので受付に声をおかけください

<p>◆症状・部位をご記入ください。</p>          	<p>※本日の症状はコロナ感染後からですか？        はい</p> <p>診察後に鼻・喉の症状を和らげる吸入処置希望しますか？はい・いいえ</p>		
<p>◆いつ頃から症状が出ましたか？</p>	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/> 日前	<input type="checkbox"/> 週間前
<p><input type="checkbox"/> 前回症状の続きの方⇒</p>	<input type="checkbox"/> カ月前	<input type="checkbox"/> 年前	<input type="checkbox"/> 慢性的
<p>◆どのような診察をご希望ですか？</p>	<input type="checkbox"/> 十分な検査希望	<input type="checkbox"/> 症状を抑えたい	<input type="checkbox"/> 耳垢除去希望
<p>◆現在、他院から処方された お薬はありますか？</p>	<input type="checkbox"/> あり（お薬手帳は毎回お出しください）		<input type="checkbox"/> なし
<p>◆女性の方へ</p>	<p>妊娠の可能性</p>	<input type="checkbox"/> あり（        か月）	<input type="checkbox"/> なし
	<p>授乳の有無</p>	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
<p>◆小児の方へ（お薬の希望）</p> <p style="text-align: center;">※必ずお選び下さい</p>	<input type="checkbox"/> 錠剤希望(7歳以上)	<input type="checkbox"/> 粉希望	<input type="checkbox"/> シロップ希望
	<input type="checkbox"/> 1日2回内服希望	<input type="checkbox"/> 1日3回内服可能	
<p>◆大人の方へ（お薬の希望）</p>	<input type="checkbox"/> 漢方希望	<input type="checkbox"/> 粉薬不可	
	<input type="checkbox"/> 痛み止め希望	<input type="checkbox"/> うがい薬希望	<input type="checkbox"/> トローチ希望
<p>◆現在、他院に通院していますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→病名をご記入ください	
<p>高血圧        ・        心臓病        ・        高脂血症        ・        糖尿病        ・        緑内障        ・        前立腺肥大        ・        喘息</p> <p>脳梗塞        ・        胃潰瘍        ・        肝臓病        ・        腎臓病        ・        その他（        ）</p>			
<p>◆お薬にアレルギーはありますか？</p>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→（お薬名        ）	
	<p>どのような症状が 起こりましたか？</p>	<p>（        ）</p>	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

～ご記入が終わりましたら受付横の問診票BOXに裏返してお入れくださいませ～