

問 診 票			記入日： 年 月 日	
ふりがな	性別	小学生以下	ご住所 〒 ー ※住所変更された方は、新住所のご記入をお願いします。	
お名前	男 女	体重		
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

◆症状・部位をご記入ください。				
◆いつ頃から症状が出ましたか？		☐ 本日	☐ 日前	☐ 週間前
		☐ カ月前	☐ 年前	☐ 慢性的
☐ 前回症状の続きの方⇒		☐ 改善傾向	☐ 変わらない	☐ 悪化傾向
◆どのような診察をご希望ですか？		☐ 十分な検査希望	☐ 症状を抑えたい	☐ 耳垢除去希望
◆現在、 <u>他院</u> から処方された お薬はありますか？		☐ なし	※お薬手帳の場合は問診票と一緒に お出しください	
		☐ お薬手帳 ☐ お薬手帳アプリ ☐ お薬手帳忘れ		
◆小児の方へ（お薬の希望） ※必ずお選び下さい		☐ 錠剤希望(7歳以上)	☐ 粉希望	☐ シロップ希望
		☐ 1日2回内服希望	☐ 1日3回内服可能	
◆大人の方へ（お薬の希望）		☐ 漢方希望	☐ 粉薬不可	
		☐ 痛み止め希望	☐ うがい薬希望	☐ トローチ希望
◆女性の方へ	妊娠の可能性	☐ あり (か月)		☐ なし
	授乳の有無	☐ あり		☐ なし

◆現在、他院に通院していますか？	☐ いいえ	☐ はい→病名をご記入ください
高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 脳梗塞 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()		
◆お薬にアレルギーはありますか？	☐ なし	☐ あり→（お薬名)
	どのような症状が () 起こりましたか？	

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～