

# 問 診 票

診察に必要なになりますので、ご記入ください。 ※診察以外に使用することはございません。

|       |         |   |       |       |                  |   |
|-------|---------|---|-------|-------|------------------|---|
| 診 療 日 | 年       | 月 | 日     | 曜 日   |                  |   |
| ふりがな  |         |   |       |       |                  |   |
| 氏 名   |         |   | 性別    | 男 ・ 女 | 年齢               | 歳 |
| 生年月日  | 大・昭・平・令 | 年 | 月     | 日     | 日生               |   |
| 住 所   | 〒 -     |   | 山梨、 県 |       | TEL: - - 携帯: - - |   |

当院は診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に勤めています。  
正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- 1 マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ ( はい、 いいえ )
- 2 他の医療機関からの紹介状は持っていますか？ ( はい、 いいえ )

1) 今回は、どのような症状で来られましたか？

|   |
|---|
| 耳 ( 右 ・ 左 ・ 両 ) ・ 鼻 ・ のど ・ めまい ・ くびのはれ<br>その他 ( )<br>※ お熱のある方 体温                      °C 高い方は受付にお申し出ください。 |
|---|

☆ 具体的にお書きください

|                         |
|-------------------------|
| いつからですか？<br>どのような症状ですか？ |
|-------------------------|

2) これまでに、どのような病気にかかりましたか？

|           |
|-----------|
| なし あり ( ) |
|-----------|

3) お薬についてお聞きします。

本日、お薬手帳をお持ちですか？ ( いいえ はい → 受付にお見せください。 )

現在服薬しているお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は記入の必要はありません)

|           |
|-----------|
| なし あり ( ) |
|-----------|

☆ 体に合わないお薬はありますか？

|  |
|--|
| なし あり (薬名:                      症状:                      ) |
|--|

4) 生活習慣について

|   |
|---|
| たばこ: ・吸わない ・吸う (約              本/日) (約              年間)<br>・以前吸っていた (              年前まで、約              本/日)<br>アルコール: ・飲まない ・飲む (一日量                      ) |
|---|

5) 妊娠 ( 無、 有              週・月 )              授乳 ( 無、 有              週・月 )

6) 15歳未満のお子様は、体重をお書きください。              kg

ご記入いただき、ありがとうございました。

耳鼻咽喉科・アレルギー科 まつざきクリニック 院長