

ID: \_\_\_\_\_

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 代筆 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 (男・女)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

(当院よりご連絡する場合がございますので、2か所以上の電話番号のご記入をお願いします)

当院は診療情報を取得・活用する事により、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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意  する  しない

病気を正しく診断するために、次の質問にお答えください

本日受診された症状について

いつ頃から: \_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ カ月前から \_\_\_\_\_ 年前から

症状は? 発熱: 自宅 (最高 \_\_\_\_\_ °C) クリニック計測 ( \_\_\_\_\_ °C)

のどの痛み・鼻水・鼻づまり・体重減少

せき: 1日のうち (朝方・日中・夜中・1日中) が1番強い

たん (透明たん・黄緑色たん)・息切れ・ぜいぜい ひゅーひゅー・血痰

胸痛・背中の痛み・頭痛・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘

その他 \_\_\_\_\_

1. 本院を受診するまでに、他の病院・クリニックの診療を受けましたか?

受診していない  受診した ( \_\_\_\_\_ 月 日)

現在飲んでいるくすり \_\_\_\_\_

2. 今までに次の病気にかかったことがありますか?それはいつごろですか? ( \_\_\_\_\_ )

肺炎・アレルギー性鼻炎・気管支ぜんそく・肺気腫・COPD・肺結核・高血圧症・

脂質異常症 (高脂血症)・糖尿病・高尿酸血症・心臓病・胃の病気・腸の病気

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. ご家族に上記の病気の方がいらっしゃいますか? ( \_\_\_\_\_ )

4. たばこを現在、過去吸いますか? 吸わない  吸っている (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳まで)

5. 酒類を飲みますか? 飲まない  飲む (種類 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mL)

6. アレルギーがありますか? 花粉症・アレルギー性鼻炎・小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎  
食べ物アレルギー ( \_\_\_\_\_ )・くすりアレルギー ( \_\_\_\_\_ )・その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 動物を飼っていますか? 現在: \_\_\_\_\_ 以前: \_\_\_\_\_

8. ご職業はなんですか? 現在: \_\_\_\_\_ 以前: \_\_\_\_\_

☆当院をどのようにしたお知りになりましたか?

通りがかり・ご家族のすすめ・友人、知人のすすめ・クリニックのホームページ

インターネット検索・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(お書きいただいた個人情報は、診療以外の目的には使用せず、その取り扱いには十分注意を払い、適切な管理を行ってまいります)