

問診票

たかはし耳鼻咽喉科

I D

令和

年

月

日

ふりがな

氏名

(男・女)

M. T. S. H. R

年

月

日

(歳)

郵便番号

電話番号

住所

携帯電話

1) どのような症状がいつからありますか？

(現在の体温 °C)

2) 医療機関からの紹介状はありますか？ (あり [

]・いいえ)

3) 現在、ほかの病院にかかっていますか？

(はい・いいえ)

病名や薬

4) アレルギー (薬・食べ物など) がありますか？

(はい・いいえ)

5) ぜんそくがありますか？

(はい・いいえ)

6) 糖尿病がありますか？

(はい・いいえ)

7) 以下にお答えください。

(ア) 女性の方のみ 現在、妊娠していますか？

(はい・いいえ)

授乳中ですか？

(はい・いいえ)

(イ) 小児のみ 体重を書いてください。 _____ K g

(ウ) たばこを吸いますか？

(はい・いいえ)

はいの方は、1日 () 本、() 年間

(エ) お酒を飲みますか？

(はい・いいえ)

はいの方は、種類 ()、1日の量 ()

(オ) この1年間に健診を受けましたか？

(はい・いいえ)

(所見 :)

(カ) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

(はい・いいえ)