

問 診 票

年 月 日

当院では、診療をより効果的にするために患者様一人一人のカルテを作成しております。
 そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

フリガナ		男・女	体重	kg	体温	℃
氏名	(歳)	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
住所	〒					
電話番号		携帯電話				

1. 今日、診察を受けられる症状について

○本日、どのような症状で来院されましたか？

- 耳 … (右・左・両側・不明) 痛み・かゆみ・難聴・耳鳴り・めまい・耳あか掃除
 その他()
- 鼻 … 鼻水(水性・粘性・膿性)・鼻づまり・くしゃみ・花粉症状・花粉症予防・
 鼻血(右・左) その他()
- のど … 痛み・腫脹感・違和感・咳・たんが出る・その他()
- その他 … 頭痛・口内炎・発熱 ()

いつ頃からですか？ 今日から・昨日から・ _____ 日前から ・ _____ 週間前から

2. くすりや食べ物で副作用・アレルギー(じんま疹や発作など)ありますか？

いいえ ・ はい(薬名: _____) その他: _____)

3. 現在、通院中の病気はありますか？ なし・あり

高血圧・糖尿病・高脂血症・腎疾患・心臓病・胃潰瘍・喘息・アトピー・がん()
 その他()

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？ なし ・ あり (お薬手帳などがあれば提示してください)

5. 今まで手術を受けたことがありますか？ なし ・ あり ()

6. お酒やタバコは1日にどのくらいとられますか？

《喫煙》 吸わない・吸う → 喫煙歴(_____ 年) 1日(_____ 本)
 《お酒》 飲まない・飲む → 種類(ビール・日本酒・その他[_____]) 1日(_____)ml

●女性の方のみご記入ください

現在妊娠していますか？ いいえ・はい (_____ 週 ◇ 予定日 月 日)

現在授乳していますか？ いいえ・はい

このアンケートにご記入いただきました個人情報は、当院において以下の目的のために限り利用させていただきます。

- ①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関等との連携・情報交換
 同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。

ご協力ありがとうございました。