

問診票

ID _____				受診日 年 月 日	
ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	
氏 名				年 月 日 (歳)	
住 所	〒 — — — — —			体重 (15歳未満の方)	kg
携帯電話	— — — — —		電話番号	() — — — — —	

※マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意されますか？

- ・はい
- ・いいえ

診療情報取得・活用により、より質の高い医療の提供が可能となります。
正確な情報を活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

1. 症状はいつからですか？ 年 月 日

*全身症状	☐ 発熱 °C ☐ 関節痛 ☐ 寒気 ☐ 食事ができない (まったく・少し・食欲なし)
*耳 (右・左)	☐ 痛み ☐ 耳だれ ☐ 聞こえが悪い ☐ 耳鳴り ☐ かゆみ ☐ 耳あか ☐ 耳がふさがった感じ
*めまい	☐ ぐるぐる ☐ ふわふわ ・嘔吐 (あり・なし)
*鼻	☐ 鼻づまり ☐ 鼻水 (透明・黄色・さらさら・粘調・膿のよう) ☐ 鼻水が後ろへ垂れる ☐ くしゃみ ☐ いびき ☐ 鼻血 (右・左) ☐ においがしない (まったく・少し) ☐ 鼻が臭い ☐ 痛み (どのあたり？)
*のど	☐ 痛み (飲食 できない・しづらい・できる) ☐ 乾いた感じ ☐ 腫れ ☐ 違和感 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ ものがつまる感じ (常に・飲食時) ☐ かすれ声 ☐ 出血 ☐ 息苦しい ☐ 魚の骨がひっかかった (何の魚？)
*口・舌	☐ 口内炎 ☐ 舌の痛み ☐ 味がしない (まったく・少し) ☐ しびれる

2. 嗜好品についてお聞かせください。

*たばこ	☐ 現在吸っている (本/日 年間) ☐ 過去 (年前から禁煙) ☐ 吸わない
*お酒	☐ 飲む (種類 1回の量 日/週) ☐ ときどき ☐ 飲まない

3. 上記の症状でお薬を飲んだり、他の病院で診察を受けていますか？ (はい ・ いいえ)
(例：〇〇医院で花粉症のお薬をもらった)

4. 他院で服用中のお薬はありますか？ (あり ・ なし)
()

※マイナ保険証ご利用の場合、直近1か月以内の処方箋を除き、省略可能です。お薬手帳をお持ちの方は受付でご提出ください。

5. 既往歴はありますか？ (あり ・ なし)
☐糖尿病 ☐高血圧 ☐高脂血症 ☐気管支喘息 ☐緑内障 ☐前立腺肥大 ☐脳や血管の病気
☐肝臓 ☐腎臓 ☐心臓病 ☐ペースメーカー ☐その他 ()

7. 薬・注射・特定の食べ物などで体に異常が起きたことはありますか？ (あり ・ なし)
 薬・食べ物の名前 ()

8. お薬の希望はありますか？ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 貼付剤 ・ 1日2回内服にしてほしい

9. (3歳未満のお子さま) 保育所等に通っていますか？ (はい ・ いいえ)

10. 女性の方へ ・妊娠 (なし ・ 可能性あり ・ あり → 週) ・授乳 (あり ・ なし)

11. 特に聞きたいことや伝えたいことがあればご記入ください

12. 最後によろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください

- ☐知人・家族の紹介 () ☐近所・通りがかり ☐看板
☐インターネット ☐ホームページ ☐医療機関からの紹介 ()

ご協力ありがとうございました。スタッフに問診票をお渡しください。