

# 初診受付 問診票

ふりがな お名前											生年月日		
											西暦		
住所	〒					-						体重(小学生まで)	本日の体温
												kg	°C
自宅	-		-		携帯電話			-		-			

該当するものに○をつけてください

症状はいつ頃から？	今日・昨日・おととい・( )日前・その他( )頃から												
本日の症状	みみ	右耳・左耳・両耳 痛い・かゆい・聞こえにくい・詰まったかんじ・耳だれ・耳鳴り											
	はな	鼻水(透明・色つき)・鼻づまり・鼻水が喉に流れる・頬が重い 鼻がかゆい・くしゃみ・鼻すすり 鼻血・舌下治療相談・レーザー手術相談											
	のど	せきが出る・喉が痛い・痰が絡む・声がれ・喉の違和感・口内炎											
	その他	めまいがする(グルグル回る・ふわふわする)・頭痛 その他( )											
コロナ症状の確認	1週間以内にコロナ陽性者との接触はありましたか？											はい	いいえ
	PCR検査日	月	日	/	抗原検査日	月	日	結果	陽性・陰性				

薬や麻酔で調子が悪くなった事がありますか？	薬名 ( )	症状 ( )	いいえ
-----------------------	--------	--------	-----

◎女性の方へ 妊娠中またはその可能性はありますか？授乳中ですか？	妊娠の可能性がある・妊娠中( )週・妊娠していない 授乳中( )ヶ月児・授乳していない
-------------------------------------	--

◎お子さまのみ 希望される薬の形状	錠剤・粉薬・シロップ
----------------------	------------

現在治療中の病気はありますか？	ぜんそく・高血圧・糖尿病・高脂血症・緑内障・心疾患 前立腺肥大・甲状腺疾患・肝機能障害・腎機能障害 心療内科系疾患・その他( )	いいえ
-----------------	--	-----

飲んでいる薬はありますか？	手帳あり・手帳なし・手帳アプリ・手帳忘れ お薬の名前 :	※お薬手帳をお持ちの方は薬の名前は書かずに問診票と一緒に受付へご提出ください	いいえ
---------------	---------------------------------	--	-----

裏面の問診もご記入ください



◎ダニや植物などのアレルギーで ご相談される方へ 今までアレルギー検査を 受けたことはありますか？	ある	※「ある」に○を付けた方で結果をお持ちの方は受付にご提出ください
	ない	※当院では食物のみのアレルギー検査は取り扱っておりません

他院からの紹介状は お持ちですか？	はい	※紹介状を受付にご提出ください	・	いいえ
現在他の医療機関に通院 されてますか？	はい	医療機関名： _____	受診日： _____	
		治療内容： _____		
40歳以上の方 ここ1年間で健康診断を受けて いますか？	はい	受診時期： _____		
		指摘事項： _____		
	いいえ			

当院を知った経緯	インターネット検索	・	家族が通院	・	人から聞いて	・	看板	・	その他( )
----------	-----------	---	-------	---	--------	---	----	---	--------

ご記入ありがとうございました 受付にご提出をお願い致します

当院では、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

健康保険証で受診することは可能ですが、マイナンバーカードでの受診体制も整えております。