問診表

西暦　　年　　月　　日

ふりがな

氏名

男　女

生年月日　西暦　　年　　月　　日　（　　才）

住所　〒

携帯電話　（　　）　　固定電話　（　　）

e-mail

身長　　cm　　体重　　kg

※本日はどうされましたか？　気になるところに〇をして下さい。

耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳垢・耳だれ
鼻（右・左・両方）が・・・くしゃみ・鼻水が出る・つまる・出血する
のどが・・・・・・・・・・痛い・たん・せきが出る・声枯れ
消化器・・・・・・・・・・下痢・嘔吐・腹痛
目がかゆい・目やにがでる・めまいがする
熱がある（　　.　　度)、平熱（　　.　　度）
その他（　　）

※いつからですか？　＿＿＿＿＿＿＿＿　から

※以下の質問にお答え下さい

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？　いいえ・はい
現在処方されている薬はありますか？　いいえ・はい
薬の名前　（　　）
☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せ下さい
食物や薬などでアレルギーはありますか？　いいえ・はい　（　　）
現在、妊娠中または授乳中ですか？　　いいえ・はい　妊娠週数(　　)週
お酒を飲みますか?　　いいえ・はい（1 週間で　　日程度、飲酒歴　　年)
喫煙をしますか?　　いいえ・はい（1 日に　　本、　　喫煙歴　　年)
コンタクトレンズを使いますか?　　いいえ・はい
これまでに大きな怪我や病気にかかったことはありますか？　　いいえ
はい（　　）
今までに処置や局所麻酔などで体調が悪くなったことはありますか？　　いいえ
はい（　　）

以下の病気にかかった事のある方は、〇を付けて下さい。

1.　肺の病気（結核・喘息・慢性気管支炎など）　　2.　甲状腺疾患（橋本病、バセドウ病など）
3.　糖尿病・高血圧・脂質代謝異常　　4.　心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・心筋梗塞など）
5.　胃、十二指腸の病気（慢性胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など）
6.　肝臓・膵臓の病気（B 型肝炎・C 型肝炎・肝硬変・脂肪肝、膵炎など）
7.　脳血管の病気（脳腫瘍・脳梗塞・脳内出血など).
8. 悪性腫瘍（リンパ腫・癌など）　　9.　皮膚病（慢性痒疹・帯状疱疹など）
10. 感染症（梅毒・HTLV1、その他）
11. 心身症・不安症・うつなどの精神的疾患　　12. 緑内障など眼科疾患
13. 前立腺肥大症など　　14. その他（　　）

※当院はどうやってお知りになりましたか？

1.　インターネット　　2.　紹介者　（　　）
3.　ホームページ　　4.　家族が通っている
5.　家や職場が近い　　6.　その他　（　　）