

問診表

フリガナ _____

お名前 _____ (男・女) _____ (大・昭・平・令) 年 月 日生 才

〒 _____

住所 _____ 電話番号 (_____) - _____

◆マイナ保険証について

当医院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供を努めています。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。 診療情報取得・活用に(同意する 同意しない)

◆今日はどうされましたか？ いつからどんな症状があるか詳しくご記入ください。

.....
.....
.....

◆現在内服中の薬がある場合は下記にご記入をお願い致します。

◆上咽頭擦過療法(Bスポット療法、EAT)を目的に来院されましたか？ (はい いいえ)

◆これまでに大きな病気、手術などをしたことがありますか？

・ない ・ある 結核・高血圧・低血圧・肝臓病 (B/C型肝炎)・腎臓病・糖尿病・メニエール病
突発性難聴・高コレステロール血症・その他 _____)

(_____) 才のときに (ちくのう・耳・胃・盲腸・その他 _____)

◆これまでに注射やお薬、食べ物などで発疹が出たり気分が悪くなったことがありますか？

(いつごろ・なにで・どんな症状などご記入ください)

・ない ・ある

◆本人もしくは本人と血縁関係の方でアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？

・いない ・いる (本人・兄・弟・姉・妹・父・母・子供 (息子・娘))
アレルギー・アレルギー鼻炎・喘息・アトピー性皮膚炎・その他 (_____)

◆あなたの生活習慣についてお尋ねします。

・タバコは吸いますか？ ・吸わない ・吸う (1日 _____ 本) ・家族が吸う

・お酒は飲みますか？ ・飲まない ・飲む (どのくらい _____)

・ペットを飼っていますか？ ・いない ・いる (犬・猫・他 _____)

・体重 _____ kg

・現在妊娠 または 授乳中ですか？ ・いいえ ・はい (妊娠 _____ 週) ・ (_____ ヶ月児に授乳中)

◆特に医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。(例：胃薬が痛くなりやすいなど)

.....
.....

★新型コロナウイルス感染歴 ・なし ・あり (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

コロナウイルスワクチン接種 ・未接種 ・接種済み (_____ 回)