

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 () -

◆本日はどちらを使用しますか？(マイナ保険証 ・ 資格確認書 等)

◆マイナ保険証を使用の方へ

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。 診察情報取得・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 ・ あり 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 ・ あり

◆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)

コロナウィルスワクチン接種 ・ 未接種 ・ 接種済み (回)