

# 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:胃が痛くなりやすいなど)

★新型コロナウィルス感染歴 ・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)