

問診表

新川新横浜クリニック

フリガナ
氏名: _____ 男・女 (大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生) 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

※電話番号は 2つ ご協力をお願いします。(ご自身の携帯、ご家族の携帯、自宅、実家、勤務先 など)

① (_____) _____ [_____]
② (_____) _____ [_____]

マイナ保険証による、診療情報を医療機関同士で連携することを同意しますか? 同意する ・ 同意しない

【あてはまるものに○をつけ、下線部分は書き込んで下さい。】

1. 本日の症状を教えてください。

- 右耳 ・ 左耳 ・ 痛い ・ 聞こえが悪い ・ めまい ・ 耳なり ・ 耳だれ ・ かゆい ・ 耳をふさがれた感じ ・ 音がひびく ・ 耳あか
 - 鼻 ・ 鼻づまり ・ 鼻汁 ・ くしゃみ ・ 鼻血 ・ においがわからない ・ 痛い ・ ほほがはれている
 - 口 ・ のど ・ 痛い ・ せき ・ たん ・ 声がかすれる ・ 息が苦しい ・ 異物感 ・ いびき
 - その他 ・ 頭痛 ・ 首のはれ、痛み ・ 手術後の検診 ・ 学校検診 ・ 紹介状あり
・ 花粉症 ・ レーザー手術 ・ 舌下免疫療法
- 熱がある(_____ °C)
- その他 (_____)

2. いつからですか?

(_____) から

3. 上記の症状で、他の医療機関などで治療をしていますか?

(している ・ 過去にしていた ・ していない)

4. 現在、服まれているお薬はありますか?

ある (お薬手帳あり / 薬の名前: _____) ・ ない
(処方箋等)

5. これまでに、大きな病気をしたことがありますか?

ある (病名: _____) そのために手術をしたことが (ある ・ ない) ・ ない
現在もその治療をして (いる ・ いない)

6. 感染症があると言われたことがありますか?

ある (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 梅毒 ・ その他 (_____)) ・ ない

7. 薬の副作用がありますか?

ある (薬の名前: _____ 症状: _____) ・ ない

8. タバコを吸いますか? / 飲酒をしますか?

タバコ 吸う (1日 _____ 本位) ・ 吸わない
飲酒 する (1日にどのくらい: _____) ・ しない

9. あなたの近い血縁者に、結核・がん・難聴・ぜんそくの方がいますか?

いる (親 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他血縁者 病名: _____) ・ いない

10. 【女性の方に】 現在、妊娠していますか? / 授乳中ですか?

している (妊娠第 _____ 週) ・ していない / 授乳中 (_____ ヶ月)