

## かみうら耳鼻咽喉科 問診票

|                                       |  |                                                   |                  |           |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------------------|------------------|-----------|
| ふりがな                                  |  | 男<br>・<br>女                                       | 大<br>昭<br>平<br>令 | 年 月 日 才   |
| 名 前                                   |  |                                                   |                  | ( 才 ヶ 月 ) |
| ご住所〒                                  |  | 電話番号<br>( )                                       |                  |           |
| (熱がある場合)<br>体温                      ℃ |  | (お子様の場合必ず記入してください)<br>体重                      k g |                  |           |

☆マイナンバー保険証利用の方は診療情報取得に同意されましたか はい・いいえ

●今いちばんお困りの症状は何ですか？いつ頃からですか？

|  |
|--|
|  |
|--|

●当てはまるものがあれば丸をつけてください。

発熱、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、  
がんが心配、アレルギーの検査がしたい

●その症状で他の医療機関に相談したことがありますか？

なし ・ あり ( )

●現在内服しているお薬がありますか？    なし ・ あり

( )

●薬剤アレルギー    なし ・ あり ( )

●妊娠    なし ・ あり (現在    ヶ月・予定日 (    月    日))

●授乳    なし ・ あり    ●喫煙歴    なし ・ あり (1日 \_\_\_\_ 本/\_\_\_\_ 年)

●他の病気    なし ・ あり

(熱性けいれん・迷走神経反射・緑内障・前立腺肥大・

高血圧・心疾患・糖尿病・腎疾患・他 ( )

☆この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか

※マイナンバー保険証による情報取得に同意された方は記載省略して頂いて結構です

はい ・ いいえ

受診時期 (    年    月    日 ) 指摘事項 ( )

ご記入できましたら、受付までご提出願います。

当院では診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

また、これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。