

車 NO：_____

令和 年 月 日

問診票

体温（ . °C）

お名前	ふりがな	生年月日
	男 ・ 女	昭和 年 月 日 平成 西暦
連絡先	〒 —	TEL(自宅) 携帯 緊急連絡先

■ どうなさいましたか？

- ・熱がある
- ・喉が痛い
- ・鼻水／鼻づまり
- ・咳
- ・痰
- ・頭痛
- ・関節の痛み
- ・めまいがする
- ・胸痛
- ・動悸
- ・息切れがする
- ・喘鳴（ぜいぜいする）
- ・腹痛
- ・下痢
- ・吐き気
- ・食欲がない
- ・便秘
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・糖尿病
- ・健診で異常を指摘された
- ・健康診断
- ・予防接種の希望（ ）
- ・その他（ ）

■ いつからですか？

今日から / 昨日から / 日前から / 週間前から / カ月前から

■ 食事や水分はとれていますか？

- ・食事（はい／いいえ）
- ・水分（はい／いいえ）

■ 今までに大きな病気、現在治療中の病気がありますか？

（ ）

■ アレルギーはありますか？

- ・薬
- ・食べ物
- ・花粉症
- ・ハウスダスト
- ・その他（ ）

■ たばこは吸いますか？

- ・吸わない
- ・過去に吸っていた
- ・吸っている（1日 本、約 年間）

■ お酒は飲みますか？

- ・飲まない
- ・過去に飲んでいて
- ・飲んでいる（1回 杯 毎日／時々／月に2～3回）

■ 現在飲んでいるお薬／サプリメントはありますか？

- ・いいえ
 - ・はい（※はいに○をつけられた方は受付にお薬手帳の提示をお願い致します）
- （ ）

■ 女性の方のみお答えください

- ・妊娠中ですか？（はい・いいえ）
- ・授乳中ですか？（はい・いいえ）

■ 検診結果や他医院からの紹介状はありますか？

- ・なし
- ・はい

■ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診されましたか？

- ・なし
- ・はい

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

- ・いいえ
- ・はい

■ 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- ・ばん小児科に通院していた
- ・近所に在住
- ・ホームページを見た
- ・広告
- ・知人の紹介
- ・他の医療機関からの紹介
- ・その他（ ）

※記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。

発熱・風邪の症状がある場合は院内に入らず、駐車場からお電話ください。

ばんクリニック 059 - 374 - 0020