

問 診 票

(下記の項目について記入もしくは で囲んでください。)

ふりがな				男	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
お名前				女	被保険者(世帯主)との続柄				
ご住所	〒			電話 ()					
お勤め先 学 校 幼稚園等	名称								
	住所	〒			電話 ()				

身長	cm	体重	kg	体温
----	----	----	----	----

1. どうなさいましたか？

耳	どちらのみみが 右、左、両方 痛い かゆい みみなり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ みみあか 自分の声がひびく その他
鼻	鼻づまり 鼻汁(どろどろ 水ばな) くしゃみ かゆい 痛い 鼻血 においがしない はながくさい 鼻汁がのどにおちる その他
のど	痛い せき たん 声がかすれる イガイガする 口が乾く 物がうまく飲み込めない 舌が荒れる 味がしない 息苦しい いびき 寝ているときに呼吸がとまる のどに何かつまっている感じ その他
その他	発熱 頭痛 動悸 腹痛 はきけ 便秘 下痢 尿の異常 目がかゆい めまい その他

2. いつ頃からですか？ _____ (日、週間、ヶ月、年)前から

3. 今までにどんな病気にかかりましたか？ ある 特にない

ある場合 アトピー性皮膚炎 ぜんそく じんましん 心臓病 高血圧 肝炎 糖尿病
腎臓病 結核 胃かいよう 脳こうそく けいれん発作(ひきつけ)

4. 今までに飲み薬や注射・麻酔で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある どのような薬ですか？

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

ない ある ちくのう症 中耳炎 こまく切開 へんとうせん アデノイド
胃かいよう がん 結核 その他

6. 現在、他の病気で通院していますか？

いいえ はい どのような病気ですか？

 どのような薬をのんでいますか？

7. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか？ いいえ わからない はい ()ヶ月

授乳中ですか？ いいえ はい

8. 成人の方にうかがいます

タバコをすいますか？ いいえ はい 1日 本 年間

お酒をのみますか？ いいえ はい 1日 合 年間

もしあなたの病気が悪性の場合、告知を希望しますか？ いいえ わからない はい

はいの場合 本人に 家族に