問診票　Medical Questionnaire

※ 職員記入欄
紙 Karte　有　無

フリガナ		男 Male	生年月日 date of birth(Y/M/D)
氏　名 full name		女 Female	年　月　日 /　/
住　所 address	〒		年齢 age
電話番号 phone number			体重 weight　kg

今日はどうなさいましたか？　What brought you to the clinic today?

熱はありますか？　Do you have a fever?　□ ない No　□ ある Yes（　℃）

これまでに何か検査や治療を受けましたか？　Have you had any tests or treatments so far?

重い病気や怪我をしたことがありますか？　Have you ever had a serious illness or injury?

内服中のお薬はありますか？　Do you take any medications?　□ ない No　□ ある Yes

お薬手帳をお持ちですか？　Do you have a medicine notebook?　□ ない No　□ ある Yes

薬・麻酔・食物のアレルギーはありますか？　Do you have any drug, anesthesia, or food allergies?
□ ない No　□ ある Yes（　）

下記に該当するものがあればチェックして下さい。　Please check if any of the following apply to you.

□喘息 Asthma　□熱性痙攣 Febrile convulsions　□緑内障 Glaucoma　□前立腺肥大 Prostate enlargement
□喫煙 Smoking　□B 型・C 型肝炎 Hepatitis B or C　□紹介状持参あり Have a letter of introduction

女性の方へ：妊娠・授乳はしていますか？　For women: Are you pregnant or breastfeeding?

いいえ	妊娠の可能性あり	妊娠中　（　週）	授乳中
No	May be pregnant	Pregnant　（　weeks）	Breastfeeding

特に気になることはありますか？　Is there anything you are particularly concerned about?

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　Do you agree to have your medical information using your My Number health insurance card?　□ はい　Yes　□ いいえ No

当院を知ったきっかけは何ですか？　□家族・知人から　□Web サイト　□医療機関からの紹介
□広報誌・講演　□その他（　）

ありがとうございました。　Thank you very much.　二木・深谷耳鼻咽喉科医院　2026.2.4