

< 耳鼻咽喉科 問診票 >

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名		男・女	体重(お子様のみ) kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 年齢 歳
住所	〒 -		
電話番号	☎		

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

本日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

- 耳 [耳が痛い 耳がかゆい 耳だれ 耳鳴り 聞こえが悪い]
鼻 [鼻水(透明・色つき) 鼻づまり 鼻水が喉に流れてくる 鼻血]
のど [のどが痛い 飲み込みにくい 声がかれる 息が苦しい]
 発熱 [. °C] 咳がでる 痰がからむ におい、味がわからない
 花粉症 めまい いびきの相談 その他()

② 次の病気がありますか？ ある・なし

- 高血圧 糖尿病 高コレステロール 高脂血症 痛風 脳梗塞 胃潰瘍
気管支喘息 心臓病 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 腎臓病 不眠症
甲状腺疾患 リウマチ その他()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ある・なし

()

④ お薬手帳はお持ちですか？ ある・なし

⑤ お薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ある・なし

()

⑥ マイナ保険証による診療情報提供に同意しますか？ はい・いいえ

※当院ではマイナ保険証により診療情報を取得・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。

正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

⑦ (女性の方へ) 現在、妊娠・授乳はされていますか？ 妊娠中・授乳中

※ご記入ありがとうございました。問診票は受付にお戻し下さい。