

【問診票】



年 月 日

耳鼻科外来受診の方へ

フリ ガナ

氏名

診察券番号

緊急連絡先

男 / 女 / 年齢 歳 / 職業 / 身長 cm / 体重 kg

■ 本日はどのような症状で受診されますか？ ○をつけて下さい。主なものは◎で囲んで下さい。

- 耳** (右・左) 痛い 耳だれ かゆい 耳あか 難聴 耳がつまる 補聴器作成
耳なり(常に・時々)→どのような音ですか？()
- 鼻** くしゃみ 鼻水がでる 鼻がつまる 匂いがしない 鼻水がのどに下がる いびき 鼻血
- のど** 痛い 異物感 飲込みにくい 声がれ 咳 痰 息苦しい 食事が摂れない
- その他** めまい 頭痛 頭重感 発熱 _____℃ 口の中が痛い 舌(しびれ、痛み、その他)
顔がはれた(右・左) 首がはれた(右・左) 顔面麻痺(右・左)

上にあてはまらない場合はご記入下さい

- いつからの症状ですか？ _____
- 今回の症状で治療を受けたことがありますか？ なし / あり
どこで、いつ頃、どの位の期間受けましたか？ _____
どのような治療、検査を受けましたか？ _____
- 他院からの紹介状、院内紹介連絡票はありますか？ なし / あり
- 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？
喘息・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・心筋梗塞・狭心症・不整脈
その他(病名: _____)
- 今までに手術、輸血、入院の経験はありますか？ なし / あり
病名 _____
いつ頃、病院名 _____
- 現在飲んでいる薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は問診回収時にお渡し下さい。)
なし あり(_____)
- アレルギーはありますか？ ある場合はその名前を記入して下さい。
薬品 なし / あり(_____)
食べ物 なし / あり(_____)
その他 なし / あり(_____)
- たばこ 吸う 以前吸っていた 吸わない
(1日 本、約 年間)
- アルコール 毎日飲む 時々飲む(機会飲酒) 以前飲んでいた 飲まない
(1回 杯、種類 _____)
- 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ ない ある 授乳中
- マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない
- 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
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します。

※記入後は、耳鼻科前でお待ち下さい。問診票回収に伺います。