

《問診票》

令和 年 月 日

フリガナ

名前 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(才)

住所 〒 -

電話番号①自宅 () ②携帯電話 ()

体重 kg (お子様の場合はご記入ください)

○いつ頃から具合が悪いですか?

[] 日前から · [] ヶ月前から · [] 年前から

○いちばん困っている症状はなんですか?

みみ【右 左】	痛い	かゆみ	耳だれ	におう	聴こえが悪い	耳鳴り	めまい	耳あか
	耳を触る	中耳炎疑い	耳周囲のはれ	異物を入れた	補聴器の相談			
はな	痛い	鼻水(透明・白色・黄色)	鼻づまり	くしゃみ	鼻すすり	鼻血		
	花粉症	においがわからない	異物を入れた					
のど	痛い	咳	痰	違和感	声のかすれ	息苦しい	魚の骨が刺さった	
	口が乾く	口内炎	味がわからない		いびきをかく			
その他	熱がある (°C)		頭痛がする	関節が痛い	頸が腫れている			
	周囲で流行している感染がある		学校検診で耳鼻科を勧められた					
上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。								

○耳鼻科以外で治療中の病気はありますか? ある · ない

脳梗塞 高血圧 狹心症 心筋梗塞 不整脈 糖尿病 肝炎 前立腺肥大 緑内障 胃潰瘍
てんかん(けいれん) 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 腎透析

その他

○現在服用しているお薬はありますか? ある(お薬手帳あり) · ない

お薬手帳が無い方は、お薬の名前をご記入ください。

ピル・血液サラサラ

○今までにお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか? ある · ない

薬剤名 症状

○食べ物のアレルギーはありますか? ある · ない · わからない

食品名 症状

○妊娠中または授乳中ですか? いいえ 授乳中・妊娠の可能性がある · 妊娠 週

○当院をなにで知りましたか?

看板 インターネット 家族・知人の紹介 他院からの紹介 チラシ その他

○当院ではオンライン資格確認を通じて、診療情報の取得・活用に努めております。マイナンバーカードの保険証としてのご利用とご協力を宜しくお願ひします。