

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生 (歳)
氏 名	様						
住 所	(〒 -)						
電話番号	-	-	体重(15歳未満)	発熱 (°C)			
携帯番号	-	-	(Kg)				

① 診察の参考にいたしますので、詳しい症状を教えてください。○をつけてください。

主な症状には◎をつけてください。

みみ	(いつごろから) (右・左・両方)
	①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ ⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が大きく聞こえる ⑩その他 ()
はな	(いつごろから) (右・左・両方)
	①つまる ②はなみず(黄鼻・水鼻) ③くしゃみ ④鼻出血 ⑤痛い ⑥かゆい ⑦鼻水がのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った ⑩花粉症 ⑪目がかゆい ⑫その他 ()
のど・口	(いつごろから)
	①痛い(のど・口の中・舌) ②せき ③痰 ④声がかれる ⑤飲み込むと痛い ⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった ⑨味がわかりにくい ⑩その他 ()
くび・顔	(いつごろから)
	①くびに腫れ物がある ②ほほが痛い ③ほほが腫れている ④甲状腺について ⑤耳の下が腫れている ⑥アゴの下が腫れている ⑦顔面のゆがみ ⑧その他 ()
めまい	(いつごろから) (症状)
その他	いびき 睡眠時無呼吸症候群 ナステント

② その他、次の事項についてご記入ください。○をつけてください。

* 今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？

ある(糖尿病・緑内障・前立腺肥大症・喘息・高血圧症・心臓病・その他 ()) ・ ない

* 現在、お薬を飲んでいますか？ [お薬手帳をお持ちの方はご提示ください]

はい(薬の名前 _____) ・ いいえ

* 今までにお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんま疹が出たことがありますか？

ある(薬の名前や食べ物の種類 _____) ・ ない

* たばこは吸われますか？

吸う (_____ 本/日 _____ 年間) ・ 吸わない

* アルコールは飲まれますか？

毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない

* 女性の方へ 現在妊娠あるいはその疑いがありますか？

ある(妊娠 _____ ヶ月) ・ ない

わからない ・ 現在授乳中

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いたします。