

問診表

年 月 日

当院では、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致します。

同意する ・ 同意しない

ふりがな	★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★			
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 (歳)	
	電話番号	()		
住所	〒			

❀ 女性の方へ ❀

妊娠中 (予定日 ____ 月 ____ 日) ・ 授乳中 / 該当なし

1. いつから症状がありますか？ ➡ () 日前から

2. あてはまるところに○をつけてください。

* 耳 (右・左・両方) が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 水が入った / いじった /
聞こえにくい / こもった感じ / 耳鳴り (高音・低音)

* 鼻 (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい /
鼻水がのどに流れる / 鼻血 (右・左)

* のどが、痛い (食事は …… 飲み込める・飲み込めない) / かゆい /
咳 / 痰 / 声枯れ / 違和感 / 魚の骨が刺さった (魚の種類 :)

* めまいがする (ぐるぐる・ふわふわ・その他) …… どんなときに？ ()

* 花粉症・アレルギー性鼻炎がある

- ☐ 診断済 (具体的に :) ➡ 舌下免疫療法を、希望する・しない
☐ 自覚症状はあるが調べていない ➡ アレルギー検査 (採血) を、希望する・しない

* その他：眼のかゆみ / 頭痛 / 関節痛 / 寒気 / 倦怠感 / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢

* 発熱：いつから ____、 ____℃ / 自由記入欄 ()

3. 現在、他院で処方された薬はありますか？

★お薬手帳などは受付でご提示下さい★

はい () ・ いいえ

→ 通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

4. 薬、注射、食物アレルギーはありますか？

…… はい () ・ いいえ

5. 歯の治療などの麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか？

…… はい・いいえ

6. お酒は飲みますか？

…… はい (よく飲む・たまに飲む) ・ いいえ

7. タバコは吸いますか？

…… はい (よく吸う・たまに吸う) ・ いいえ

8. 一年以内に健康診断 (特定健診・高齢者健診) を受診しましたか

はい・いいえ

9. かかったことがある病気、または、“該当なし” に○をつけてください。

肺の疾患 (結核、喘息、慢性気管支炎など) / 肝臓・脾臓の疾患 (肝炎、肝硬変、脂肪肝など) /
糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 胃・十二指腸の疾患 (胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍など) /
心臓の疾患 (狭心症、不整脈、心不全、心筋梗塞など) / 皮膚病 (慢性痒疹、带状疱疹など) /
脳血管の疾患 (脳動脈硬化症、脳梗塞、脳内出血など) / 悪性腫瘍 (ガン、リンパ腫など) /
感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1 など) / 精神疾患 (鬱、統合失調症、不安症など) /
甲状腺 / 前立腺肥大症 / 眼病 (緑内障など) / その他 () / 該当なし

★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします ★

- ☐ チラシ・パンフレット・広報誌 ☐ SNS (LINE・Instagram) ☐ 看板等広告
☐ インターネット (ホームページ) ☐ 家族・友人知人の紹介 ☐ 役所・保健所の紹介
☐ 他院からの紹介 ☐ 家 (職場) から近い ☐ その他 ()