

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	H・R 年 月 日 (歳) 男・女		
	身長 _____ cm		体重 _____ kg
住所	〒 _____		
電話番号	(_____) (続柄：自宅・父・母・その他： _____)		
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 / 聞こえにくい / _____ こもった感じ / 気にして触っている * 鼻 (右・左・両方) が、 _____ 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻血 (右・左) * のどが、痛い / 咳 / 痰 / 声枯れ / 魚の骨が刺さった (魚の種類： _____) * 発熱： _____ 時間前から _____ ℃ ➡ 現在は？ _____ ℃ * その他：花粉症 / 眼のかゆみ / 頭痛 / 嘔吐 / 下痢 / 学校の健診 / 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. お薬についてご希望をお伺いします。 形状：錠剤 / 粉 (ドライシロップ) / シロップ / まだ薬を飲んだことがない 回数：1日3回 飲めますか？ ➡ はい・いいえ			
5. 薬、注射、食物などのアレルギーはありますか？		はい (卵・牛乳・その他： _____) ・ いいえ	
6. かかったことがある疾患はありますか？ なければ、“該当なし”に○をつけてください。 熱性けいれん / 中耳炎 / 副鼻腔炎 (蓄膿症) / はしか / おたふく / みずぼうそう / 風疹 / 突発性発疹 / その他 (_____) / 該当なし			
7. 診断された疾患はありますか？ なければ、“該当なし”に○をつけてください。 気管支喘息 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1、ほか： _____) / その他 (_____) / 該当なし			
8. これまでに入院や手術をしたことがありますか？		はい (病名： _____) ・ いいえ	
★ 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) インターネット (当院ホームページ) 看板等広告 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 (_____)			
★ 診療明細書についてご希望をお伺いします。★ ☐ 発行する ※お時間を要する場合がございます。予めご了承ください。 ☐ 不要			