

問 診 票 (耳鼻科)

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏 名			男 ・ 女
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	(歳	ヶ月)
↓ ☆ 初めておかけの方、変更のある方はご記入をお願いします。			
住 所	〒		
T E L	[自宅]	[携帯]	
体温	℃	体重 (お子様のみ)	kg
①症状はいつ頃からですか？(○をつけてください)			
	今日	昨日	() 日前 ()
みみ	右耳 ・ 左耳	痛い 聞こえづらい かゆい つまんでいる感じ 耳鳴りがする 自分の声が響く 耳だれ その他 ()	
はな	鼻水 鼻づまり 鼻が痛い 鼻血 鼻が臭い くしゃみがよく出る においが判らない 鼻がのどにもどる その他 ()		
のど	痛い(のど・口の中・舌) せきが出る 息苦しい かわく たんが出る たんに血がまじる 声が出ない 声がかすれる その他 ()		
くび ・ かお	痛い(かお・くび・ほほ・あご) かおのけいれん ゆがみ 腫れ(かお・くび・ほほ・あご・耳の下) その他 ()		
あたま	めまい(ぐるぐる回る感じ・ふわふわ浮いた感じ) 痛い 重い その他 ()		
その他	()		
アレルギー	食べ物 : ない ある () 薬 剤 : ない ある ()		
嗜好品	お 酒 : 飲む(1日 本) ときどき 飲まない たばこ : 吸う(1日 本) 以前吸っていた 吸わない		
②女性の方のみお答えください。			
妊娠中ですか？(はい ・ いいえ ・ 可能性あり)授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)			
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。			
③マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？		はい	いいえ
④この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？		はい	いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については記入不要です)			
受診時期	(年 月頃)		
指摘事項	()		