

- ◎ この問診票は診察の際必要となりますので、分かる範囲でご記入ください。
- ◎ 紹介状をご持参の方は、受付にお出してください。
- ◎ 感染症や発疹など、気になる点のある方は、受付にお申し出ください。

フリガナ

氏 名： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 体 重： \_\_\_\_\_ kg

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住 所： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

職 業： \_\_\_\_\_ ( 緊急連絡 TEL： \_\_\_\_\_ )

1. 今日はどこ具合が悪くて受診されましたか？○を付けてください。  
 ・耳 ・鼻 ・口(舌) ・のど ・首 ・めまい ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. どのような症状がありますか？  
 ( \_\_\_\_\_ )
3. その症状はいつからありますか？  
 ( \_\_\_\_\_ )
4. 今までに、下記の病気を指摘された事がありますか？ ⇨ はい ・ いいえ  
 ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳血管障害  
 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎
5. 上記以外で今までにかかった病気、受けた手術等がありますか？ ⇨ はい ・ いいえ  
 ( はいの方は、記入してください ⇨ \_\_\_\_\_ )
6. 下記の事項にお答えください。  
 ☆ 薬や注射で具合が悪くなった事がある。 ⇨ はい ・ いいえ  
 ☆ 血が止まりにくい。 ⇨ はい ・ いいえ  
 ☆ 現在、服用されている薬があれば記入してください。 ( \_\_\_\_\_ )  
 ☆ 耳鼻科かかりつけが当院以外にもある方は、記入してください。 ( \_\_\_\_\_ )
7. 女性の方はお答えください。  
 妊娠について ・している ( \_\_\_\_\_ ) 週 ・可能性あり ・していない  
 授乳中ですか？ ⇨ はい ・ いいえ
8. 生活習慣について。( 成人の方はお答えください )  
 タバコは服用されていますか？ ⇨ はい ・ いいえ 何本位 ( \_\_\_\_\_ 本/日)  
 お酒は飲まれますか？ ⇨ はい ・ いいえ どの位 ( \_\_\_\_\_ /日)
9. マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )

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お願い致します。