

★耳鼻咽喉科問診表★

I D _____ 受診日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査

フリガナ 氏名 _____	年齢 _____ 歳	性別 男・女	体重 _____ kg
住所 _____			
電話番号(自宅) _____		(携帯番号) _____	

登録者

★治療ご希望の症状すべてを下にお書き下さい。 体温 _____ 度

いつから : _____

どこが : _____

どのように: _____

★今までにこの症状で他の医療機関を受診されていますか？

(はい・いいえ) 「はい」の方は次もお書き下さい。

病名: _____ 病院名: _____

処方されている薬: _____

★現在治療中の他の病気はありますか？

(はい・いいえ) 「はい」の方は次もお書き下さい。

病名: _____ 病院名: _____

処方されている薬: _____

★今までに大きな病気や手術をしましたか？

(はい・いいえ) はいの方は下記に内容をご記入下さい。

★アレルギー検査 (未・検査済 _____ 歳頃検査)

結果: _____

★注射や薬でアレルギー症状がでたことがありますか？

(はい・いいえ) 「はい」の方は次もお書き下さい。

薬名: _____ 症状: _____ (_____ 歳頃)

★喫煙歴はありますか？

(はい・いいえ) 「はい」の方は次もお書き下さい。

_____ 歳から _____ 歳まで 1日 _____ 本くらい

★風邪薬等で眠気はありますか？ (はい・いいえ)

★新生児聴覚スクリーニングは受けましたか？(お子様のみ) (はい: 正常 or 異常あり ・いいえ)

★妊娠していますか？又は可能性がありますか？(女性のみ) (はい・いいえ)

★現在授乳中ですか？(女性のみ) (はい・いいえ)

★治療に望む事に○をお付け下さい。

①できるだけ詳しく検査・治療をしてほしい。 ②とりあえず薬がほしい。

③その他 (_____)

★領収書と一緒に明細書を発行させて頂いておりますが、詳細な明細書の発行は必要ですか？ (必要・不要)

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。
 ※この問診表の個人情報、診療及び当院の運営管理においてのみ使用させていただきます。