

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 問診票

記入日

令和 年 月 日

ID: _____

ふりがな

氏名

住所:

男

女

身長: _____ cm 体重: _____ Kg

生年月日

電話番号: (自宅)

(携帯)

当クリニックは診療情報を取得・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。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

■ 今回のような症状(耳・鼻・のど・その他)のため受診されましたか? 本日の体温 (度)

耳

(右・左・両)聞こえが悪い 月 日から
(右・左・両)耳鳴りがする 月 日から
(右・左・両)耳がふさがる 月 日から
(右・左・両)耳の下が腫れている 月 日から
(右・左・両)耳だれが出る 月 日から

鼻

(右・左・両)鼻が詰まる・くしゃみ 月 日から
鼻水が多い
(右・左・両)鼻血が出た 月 日から
(右・左・両)鼻に異物が入った 月 日から
(右・左・両)顔が痛い・しびれる 月 日から
(右・左・両)におい・味が分かりにくい

のど

のどが痛い 月 日から
呼吸がしにくい 月 日から
飲み込みにくい 月 日から
のどが詰まる 月 日から
声がかれる 月 日から
咳・痰が多い 月 日から

その他

めまいがする 月 日から
顔面が麻痺している 月 日から
(右・左・両)
口の中のできもの 月 日から
花粉症 月 日から

■ 耳鼻科以外の病気にかかったことはありますか? なし あり

高血圧症・心臓病・糖尿病・肝炎(B・C・その他)・結核・腎臓病・胃・十二指腸潰瘍
喘息・その他の病気()

■ 現在治療中の疾患 あり なし

※ ありの場合、下記に詳しく (病院 科)
疾患名 ()

■ 過去に治療した疾患や受けた手術 あり ※ありの場合、下記に詳しく なし

■ 飲んでいる薬 あり なし

■ おくすり手帳 あり なし ※ おくすり手帳持参の方は診察室で見せて下さい

■ アレルギー体質といわれたことがありますか? なし あり (種類:)
アレルギー検査をしたことはありますか? なし あり

■ たばこ 吸わない 吸う (1日 本) アルコール 飲まない 飲む (1日 ml)

■ この一年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? はい いいえ
いつ頃: 指摘事項

■ 現在妊娠中ですか? はい いいえ 授乳中ですか? はい いいえ

☆ 小児の方へ 飲めない薬のタイプがありますか? 錠剤 カプセル 粉薬 水薬

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan