

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

男

女

身長: _____ cm 体重: _____ Kg

生年月日

年 月 日 (歳)

住所:

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

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

鼻		
(右・左・両)鼻が詰まる・くしゃみ 鼻水が多い	月	日から
(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		

その他		
めまいがする	月	日から
顔面が麻痺している (右・左・両)	月	日から
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