

問 診 票

No. _____ 記入日 令和 年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。できるだけ詳しく御記入ください。

ふりがな お名前		男 ・ 女	生年 月日	T H S R 年 月 日 () 歳
住 所	〒			
電話番号	ご自宅 ()	—	体重	k g
	携帯電話 () (なるべく御記入をお願いします)	—	体温	℃

- 今回の症状はいつからですか？ () から)
- どのような症状がございますか？ にチェックしてください (いくつでも御記入ください)
- ◆ みみ (右 左 両) ◆ はな (右 左 両) ◆ くち、のど、くび
- | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> 痛い |
| <input type="checkbox"/> かゆい | (<input type="checkbox"/> 透明サラサラ <input type="checkbox"/> 黄色ネバネバ) | <input type="checkbox"/> はれた |
| <input type="checkbox"/> 聞こえにくい | <input type="checkbox"/> 鼻がつまる | <input type="checkbox"/> 違和感がある |
| <input type="checkbox"/> つまる・音がこもる | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 声がかれた |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい |
| <input type="checkbox"/> 膿や汁がでる | <input type="checkbox"/> 鼻水がのどに下がる | <input type="checkbox"/> 咳がでる |
| <input type="checkbox"/> 耳掃除してほしい | <input type="checkbox"/> 鼻血がでる | <input type="checkbox"/> 痰がからむ |
| <input type="checkbox"/> 耳がはれた | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> しこりがある |
| <input type="checkbox"/> 物をつめた | <input type="checkbox"/> 物をつめた | <input type="checkbox"/> 味がわからない |
| | | <input type="checkbox"/> 物が刺さった |

- ◆ その他の症状
- めまい ふらつき 頭痛 顔や頬がはれた、痛い 顎が痛い いびき
- 顔が動かしにくい その他 ()
- 現在治療中の病気や、今までに治療を受けた病気はありますか？
- ない ある : 高血圧 糖尿病 ぜんそく 脳梗塞 心筋梗塞 癌(がん)
- アレルギー性鼻炎 胃・十二指腸潰瘍
- その他 ()
- 現在、内服中の薬があれば教えてください
- ない ある ()

★お薬手帳など薬名のわかるものをお持ちでしたら、一緒にお出してください。

- 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったり、じんま疹がでたことがありますか？
- ない ある (その原因は？)
- 妊娠中あるいは授乳中ですか？ 妊娠中 () ヲ月目 授乳中
- タバコ 吸わない 吸う (1日に 本)
- 飲酒 しない する (たまに ときどき 毎日)
- 薬の服用について、服用が困難な剤形がありますか？
- 特になし 錠剤がのめない 粉薬がのめない 漢方がのめない
- この1年間で健診(特定健診および高齢者検診)を受診しましたか？ いいえ はい

● マイナ保険証をご利用の方へ(該当しない方は記入は不要です)

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ いいえ はい

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。正確な除法を取得・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。