

# 問診票

. °C
------

ふりがな \_\_\_\_\_

受診日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_  
下

男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才

住所 \_\_\_\_\_

電話・携帯 \_\_\_\_\_

生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日

★体重は12歳以下の方のみ記入

体重 \_\_\_\_\_ k

I 本日、マイナンバーカードを保険証として利用しますか？ ( はい ・ いいえ )

II 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ( はい ・ いいえ )

III お薬・食べ物などで、アレルギーがでたことがありますか？  
ない ・ ある (ピリン系・抗生物質・麻酔薬・食物アレルギー・その他 )

IV 現在の症状に○をつけて下さい。今、一番辛いことに◎をつけて下さい。

- 鼻**
- ・つまる(右・左・両方)
  - ・鼻水が出る
  - ・鼻水がのどに廻る
  - ・鼻血がでる(右・左・両方)
  - ・においがわからない(全く・少し)
  - ・鼻内が乾燥する
  - ・鼻の中がかゆい
  - ・くしゃみが出る
  - ・いびき
  - ・異物が入っている(右・左・両方)

- のど**
- ・痛い(常に・飲み込む時)
  - ・異物感がある
  - ・声がかすれる
  - ・いがらっぽい
  - ・しみる
  - ・乾いた感じ
  - ・咳・痰がでる
  - ・つかえる
  - ・味がわからない

- 耳**
- ・耳だれが出る
  - ・痛い
  - ・聞こえが悪い
  - ・耳鳴りがする
  - ・ふさがった感じがする
  - ・かゆい
  - ・異物が入っている
  - ※上記の症状は (右・左・両方)
  - ・めまいがする

その他の症状( )

V いつ頃からですか？

今日・ \_\_\_\_\_ 日前・1ヶ月前・2ヶ月前・6ヶ月前・1年以上前・わからない

VI 現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ ・ はい (医療機関: )

VII 現在、薬を飲んでいますか？( いいえ ・ はい )

他院から処方されているすべての薬( )  
☆お薬手帳をお持ちでしたら、お出し下さい。

VIII 今までに次の病気をしたことがありますか？( ない ・ ある )

心臓病・高血圧・肝臓病・腎臓病・糖尿病・喘息・胃・緑内障・白内障  
その他( )

手術を受けたことがあれば記入して下さい。( )

うら面へ続く

Ⅸ この1年間で健康診断を受けましたか？(はい・いいえ)  
受診時期( )指摘事項等( )

X たばこ 吸わない・吸う( 本/日)

女性の方へ・・・現在、妊娠していますか？

( いる 月 日 ・ いない ・ よくわからない ・ 授乳中 )

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。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

当クリニックでは、行政命令の遵守の他、診療の為に検査の一部を外部業者へ委託、他の医療・介護・福祉施設との連携及び病院運営ならびに教育・研修の為に、個人情報を利用することがあります。希望されない場合にはお申し出下さい。

社会医療法人 志仁会 耳鼻科サイラクリニック