

No. _____

野原耳鼻咽喉科 問診票

§ 下記の該当する箇所に○印または必要な事項を書き込んで下さい。
よくわからないところは、職員におたずね下さい。

【1】 今回の受診の理由となった具合の悪いところはどこですか？
耳・鼻・のど・口・顔面・くび・その他 (_____)

【2】 いつ頃からどのように悪いのですか？ また、どちらかで治療を受けましたか？
(_____)

【3】 これまでにした病気および現在治療中の病気、健診受診の有無に○印をつけて下さい。
高血圧・糖尿病・ぜんそく・心臓病・脳卒中・前立腺肥大・緑内障・白内障・腎臓病・肝炎・肝硬変・
結核・胃潰瘍・ちくのう症・中耳炎・じんましん・その他 (_____)

※ 健診 (特定健診や高齢者健診) 受診の有無 (あり ・ なし)

【4】 女性の方に → 妊娠を (している (____ 月目) ・ 可能性がある ・ していない)
授乳を (している (お子さんの年齢 ____) ・ していない)

【5】 内服されているお薬がありましたら、すべて記入して下さい。
(_____)
※ 抗凝固薬 (血液を固まりにくくする薬) の服用の有無 (あり ・ なし)

【6】 これまでに薬によってアレルギー症状をおこしたことがありますか？
(あり ・ なし) 薬品名 (_____)

【7】 これまでに手術を受けたことがありますか？
(いつ: _____ どんな手術: _____)

【8】 喫煙歴: 1日に _____ 本 _____ 年間

フリガナ

お名前: _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 ____ 月 ____ 日

年齢: _____ 歳 (男 ・ 女 ・ その他)

住所: 〒 _____ 電話番号: _____

体重: _____ kg 身長: _____ cm 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※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おります。正確な診療情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。