

耳鼻咽喉科問診票

自宅用

ID:		歳	記入日	20	年	月	日
フリガナ			生年月日				
氏名		男・女	T・S・H・R		年	月	日
マイナ保険証は登録されていますか?	はい・いいえ	ペースメーカー	体温: °C	身長:		cm	
	あり・なし			体重:		Kg	

紹介状はありますか なし ・ あり (病院名:)

いつ頃からですか? ()

どこが、どのように具合が悪いですか? 当てはまる症状にチェックをつけてください

耳 (右・左・両 耳あか 聞こえにくい 耳が痛い 耳がかゆい 耳鳴り 耳だれ)

鼻 (右・左・両 鼻水 鼻づまり 鼻水がのどに流れてくる 鼻血 においがわからない
 花粉症、アレルギー性鼻炎)

のど (のどが痛い 飲みこみにくい のどに何か詰まった感じがする 声がかれる、出にくい
 味がわからない、味がおかしい 痰がからむ
 咳 熱 いびき・睡眠時無呼吸症候群・相談 めまい
 その他 ()

以下のなかで希望する検査がありますか?
 CT検査 アレルギー血液検査 めまい検査 睡眠時無呼吸検査 相談してから検討したい

過去に大きな病気で治療や手術を受けたことはありますか?
 なし あり ()

現在、通院・治療中の病気はありますか?
 なし あり (医療機関名: 診断名:)

現在、飲んでいるお薬はありますか?
 なし あり 当院 ・ 他院 (お薬手帳等をお持ちでしたら提出お願いします)

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙: 吸わない 吸う (本/日× 年間)
 禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日× 年間)

飲酒: 飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

~~ 裏面に続く ~~

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ()

※女性の方へ。 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

1年以内に健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ はい いいえ

【受診された方】

受診時期はいつ頃ですか？ : 年 月 日

指摘事項はありましたか？ なし あり ()

当院では診療情報を取得・活用する事により、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します。