

記入日: 年 月 日

診察券 No. _____

上北沢耳鼻咽喉科 問診表

フリガナ

お名前: _____ 男・女 職業: _____

生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 体重 (15 歳以下のお子様): _____ kg

ご住所: 〒 _____ 電話: _____ - _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか? 当てはまる症状に○をつけてください。

発熱: なし・あり _____ °C、息苦しさ: なし・あり

耳(右・左): 聞こえにくい、かゆみ、痛み、耳あか、耳鳴、耳だれ、めまい、耳閉塞感

鼻: 鼻汁、鼻づまり、においがしない、いびき、くしゃみ、鼻出血

のど: 痛み、飲み込みづらい、異物感、声がれ、咳、痰

その他: 首のはれ、首のしこり、顔の麻痺、味がわからない、睡眠時無呼吸、言葉の遅れ

その他(_____)

2. その症状はいつからですか? _____ 月 _____ 日頃から (_____ 年前から)

3. 今までに下記の病気になったり、治療を受けたことがありますか?

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、不整脈、喘息、肺疾患、肝炎、甲状腺疾患、緑内障

新型コロナウイルス感染 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

その他(_____)

4. 過去に手術を受けたことがありますか?

いいえ・はい (_____ 年前 _____ 歳頃 手術名: _____)

5. 現在お飲みになっている薬はありますか? (お薬手帳がありましたら記載は不要です。受付にお出し下さい)

(_____)

6. 薬・注射・食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったことはありますか?

いいえ・はい (お薬の名前: _____)

7. 女性の方にお伺いします。 現在授乳中ですか? はい・いいえ

現在妊娠、またはその可能性はありますか? いいえ・はい (_____ ヶ月)

8. マイナ保険証(マイナンバーの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?

はい・いいえ

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致します。

住所 □ スキャン □