

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 \_\_\_\_\_℃、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。

TEL ☐ スキャン ☐