

本郷耳鼻咽喉科クリニック問診票

ID

年 月 日

ふりがな	住所 〒	職種
お名前	男 女	保育園通園中
大・昭・平・令	電話 ()	
年 月 日生 歳	携帯 ()	体重 k g

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか (はい・いいえ)

今日はどうされましたか?

熱がある (°C)

耳 (右・左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> 耳痛 (体温 °C) 耳がかゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 詰まる感じ 耳あか・耳掃除希望 耳の下が腫れている めまい 首が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻づまり 鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻掃除希望 鼻血 (右・左) 匂いがしない 花粉症の予防投与 アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い (体温 °C) 声がかれる 声を出しにくい 咳・たん (体温 °C) のどが詰まる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき・睡眠時無呼吸 禁煙したい 滑舌・発音・構音がおかしい

この1年間で健診を受けましたか? (はい・いいえ)

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい・いいえ)

【いつ頃から症状が出ましたか?】

【その他症状があればお書きください。】

【他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください】

高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 肝臓病 () 腎臓病 () 脳梗塞

喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他 ()

医療機関名 ()、受診日 年 月 日、治療内容等 ()

【現在、服用中の薬はありますか?】

[なし]・[あり] 薬の名前 ()

↑どちらかを○

【アレルギーの病気または、食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。】

[なし]・[あり]

↑どちらかを○

薬:
食品:
花粉等:

【嗜好品についてお尋ねします。】

何年前から ・喫煙歴 本/日、飲酒歴 を 杯/日

【女性の方へ】現在、妊娠中ですか (いいえ・はい 月・不明)、授乳中

【お子様へ】 飲めないタイプの薬がありますか

何でも飲める 錠剤苦手 カプセル苦手 粉薬苦手 シロップ剤苦手

【ご来院のきっかけについてお尋ねします。】

家の近く 会社・学校の近く インターネット ビル看板 ご家族・知人からの紹介 病院からの紹介

【新型コロナウイルス検査をご希望はありますか?】 なし 検査希望

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。正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

医療情報取得加算：加算1(初診)：3点、加算3：2点、マイナ保険証利用時：加算2(初診)：1点、加算4：1点

2024/5/28 Ver.