

問診票

年 月 日

当院では、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。

同意する ・ 同意しない

ふりがな		★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★	
氏名		H・R 年 月 日 (歳) 男・女	
		身長 _____ cm	体重 _____ kg
住所	〒 _____		
電話番号	(_____)	(続柄：自宅・父・母・その他： _____)	
1. いつから症状がありますか？ → (_____) 日前から			
2. あてはまるところに○をつけてください。			
* 耳 (右・左・両方) が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 聞こえにくい / こもった感じ / 気にして触っている			
* 鼻 (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻血 (右・左)			
* のどが、 痛い / 咳 / 痰 / 声枯れ / 魚の骨が刺さった (魚の種類： _____)			
* 発熱： _____ 時間前から _____ °C → 現在は？ _____ °C			
* その他：花粉症 / 眼のかゆみ / 頭痛 / 嘔吐 / 下痢 / 学校の健診 / 自由記入欄 (_____)			
3. 現在、他院で処方された薬はありますか？		★お薬手帳などは受付でご提示下さい★	
はい (_____))・いいえ	
→通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ			
4. お薬についてご希望をお伺いします。			
形状：錠剤 / 粉 (ドライシロップ) / シロップ / まだ薬を飲んだことがない			
回数：1日3回 飲めますか？ → はい・いいえ			
5. 薬、注射、食物などのアレルギーはありますか？			
はい (卵・牛乳・その他： _____))・いいえ	
6. かかったことがある疾患はありますか？ なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
熱性けいれん / 中耳炎 / 副鼻腔炎 (蓄膿症) / はしか / おたふく / みずぼうそう / 風疹 / 突発性発疹 / その他 (_____) / 該当なし			
7. 診断された疾患はありますか？ なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
気管支喘息 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1、ほか： _____) / その他 (_____) / 該当なし			
8. これまでに入院や手術をしたことがありますか？			
はい (病名： _____))・いいえ	
★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします。★			
チラシ・パンフレット・広報誌 SNS (LINE・インスタグラム) インターネット (当院ホームページ)			
看板等広告 家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介 他院からの紹介			
家 (職場) から近い その他 (_____)			
★ 診療明細書についてご希望をお伺いします。★			
<input type="checkbox"/> 発行する ※お時間を要する場合がございます。予めご了承ください。			
<input type="checkbox"/> 不要			