

耳鼻咽喉科問診票

令和 年 月 日

ID _____

氏名 _____ 様

年齢 _____ 歳

体温 _____ 度

体重 _____ kg

- ◇マイナ保険証はお持ちですか？ はい いいえ
◇診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ
◇紹介状はお持ちですか？ はい いいえ
◇この1年間で特定健診等を受けましたか？ 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します。

◆処方はこちらを希望されますか？ 院内 ・ 院外

★1ヶ月以内に新型コロナ、インフルエンザ、その他に感染しましたか？

いいえ はい (期間 / ~ /)

★検査希望 新型コロナ インフルエンザ なし

◆本日はどのような症状での受診ですか？ 前回の続き はい いいえ

いつから ()

どこが、どのようですか？

耳 ()

鼻 ()

咽頭 ()

その他 ()

食事 (普通 いつもより少ない 食べられない)

息苦しさ (ない ある)

○上記のことで他の病院へ行きましたか？ 行った ・ 行ってない

(いつ どこへ 内容)

○以前にも同じような症状がありましたか？ ない ・ ある

(いつ頃 病名)

◆現在、通院中の医療機関はありますか？ ない・ある ()

現在、飲んでいる薬がありますか？ ない・ある ()

☆お薬手帳を見せてください

◆サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか？

ない ある ()

◆今までに大きな病気をしたことがありますか？ (手術を含めて) ない ・ ある

(病名 何歳 治療内容)

◆喫煙 吸わない ・ 吸う (歳から 本/日)

◆飲酒 飲まない ・ 飲む (歳から 合/日)

◆アレルギーがありますか？

薬物 ない ・ ある (薬剤名)

食品 ない ・ ある (食物)

★女性のみ ・ 妊娠の可能性 ない ある (現在 ヶ月)

・ 授乳中ですか？ いいえ はい