

## 耳鼻咽喉科問診票

令和 年 月 日

I D 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。

※当院では原則、院外処方です

★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 ・ 行っていない

(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