

ひいらぎ耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ		生年月日
お名前	(性別 男性 女性)	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 歳
電話番号		体重 (12歳以下の方は必ずご記入ください) kg
ご住所	〒 —	

◆マイナ保険証による個人情報取得に同意されますか？ (はい / いいえ)

◆本日はどのような症状で受診されましたか？

・みみ (右 ・ 左 ・ 両方)

痛い / 耳だれがでる / 聞こえにくい / 耳鳴り / 補聴器の相談がしたい
めまい / その他 ()

・はな (右 ・ 左 ・ 両方)

鼻汁がでる / 鼻がつまる / 鼻血がでる / その他 ()

・のど 痛い / 飲み込みにくい / 咳が出る / 声がかすれる / 違和感がある
その他 ()

・くび (右 ・ 左 ・ 両方)

腫れている / 痛い / その他 ()

・その他 睡眠時無呼吸・いびきがある / 顔がうごきにくい / その他 ()

◆症状はいつからですか？ 今日 / 昨日 / 一昨日 / 一週間前 / その他 ()

◆この症状でどちらか先に他の病院を受診されていますか？ (はい / いいえ)

①なんとおっしゃいましたか(病名など) ()

②処方された薬のご相談はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください)

薬が切れたので処方希望 / 薬の相談がしたい / その他 ()

◆現在、ほかの病気でおかかりの方。病名・内服薬をわかる範囲でお答えください。

(お薬手帳をご提出の方は②は記入不要です。)

① 病名： 高血圧 / 糖尿病 / 喘息 / 心臓病 / 腎臓病 / 胃潰瘍 / 脳疾患
その他

② 内服薬

◆これまでに薬や食べ物で発疹や体調不良などアレルギー症状がでたことはありますか？ ない / ある
(内容 症状)

◆女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ (妊娠中 / 授乳中 / 特になし)

◆当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

ご近所 / ホームページ / 通りがかり / 勤務地が近い / 人から聞いて / その他

◆その他何かご要望などございましたらお書きください。()

ご協力ありがとうございました。