ひいらぎ耳鼻咽喉科 初診　問診票

フリガナ		生年月日
お名前	（ 男　女 ）	大正 ・昭和・平成・令和　　年　　月　　日 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	〒　　―	

・本日はどのような症状で受診されましたか？

部位	左	右					
みみ	□	□	□　痛い	□　耳垂れ	□　聞こえにくい	□　耳鳴り	
			□　耳垢	□　めまい	□　補聴器相談		
はな	□	□	□　痛い	□　鼻汁	□　鼻づまり	□　鼻血	
のど	□	□	□　痛い	□　咳	□　声のかすれ	□　飲み込みにくい	□　違和感
くび	□	□	□　痛い	□　腫れ			
その他				□　いびき	□　睡眠時無呼吸	□　顔が動きにくい	

あてはまらない症状あればこちらに記載してください。

（　　）

・症状はいつからですか？

今日　／　昨日　／　一昨日　／　一週間前　／　その他（　　）

・現在、ほかの病気でおかかりですか？（　はい　・　いいえ　）

はいの方は病名・内服薬をわかる範囲でお答えください。

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（お薬手帳をご提出の方は記入不要です。）

・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？　（　いいえ　／　妊娠中　／　授乳中　）

・12 歳以下の方へ　飲める剤型を教えてください。　錠剤　粉薬　ドライシロップ　シロップ

・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・　持参していない　）

・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

ご協力ありがとうございました。