

# 問診票

年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

マイナ保険証による診療情報提供に同意されましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

ふりがな	氏名	男 女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	
			年齢				歳	
住所	〒 -				今日の 体温 ℃			
電話	(自宅)		(携帯)					

該当する症状に  チェックを付けてください。

①本日のお困りの症状に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けて 主要症状に○で 囲んでください。	耳 (右・左・両側)	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ふさがった感じ <input type="checkbox"/> ひびく <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> めまい				
	鼻	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 ( <input type="checkbox"/> 水っぽい <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> 色のついた) <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにおちる <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> アレルギーの検査				
	口、のど、 舌、首	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 声がれ <input type="checkbox"/> のどが詰まる感じ <input type="checkbox"/> 肿れた <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 無呼吸				
	その他					
②それはいつ頃から 始まりましたか？						
③現在他の病院に かかっていますか？ 内服はされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 病院名				
		病名: <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他( )				
		現在服用中の薬 ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。				
④耳鼻科を受診、治療 されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 病院名: 病名:				
⑤これまでに注射や薬で気分が 悪くなったり、アレルギーが 出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 どんな症状ですか： 薬品・食物：				
⑥かぜ薬や鼻炎の薬で眠たく なることがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 少し眠い <input type="checkbox"/> 大分眠い <input type="checkbox"/> 不明					
⑦女性の方にお尋ねします。 現在妊娠、授乳されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中					
⑧この1年間で特定健診または高齢者健診を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
※マイナ保険証による情報取得に同意されてない40歳以上の方のみご回答ください。						

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いたします。