

記入年月日
R 年 月 日

大倉山耳鼻咽喉科問診表

《新患用》



赤ペンで記入して下さい

ふりがな
お名前

性別 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(才)

体重 kg

ご住所

身長 cm

携帯電話

電話:

保育園・幼稚園

① 本日受診した症状:

一番困っているものに ◎ を付けてください

右耳・左耳 : 痛い・かゆい・きこえが悪い・補聴器相談・めまい・耳なり・耳だれ・耳あか
耳がつまった感じ・音がひびく(自分の声・外の音) ・耳をさわる

鼻・顔 : 鼻づまり・鼻汁(透明・白色・黄色) ・くしゃみ・鼻水がのどにたれる・鼻血
顔の痛み(ほほ・鼻のつけね・おでこ) ・においがわからない

口・のど : 痛い(軽い・強い)・食べにくい・飲食が全くできない・むせる
声がかれる ・異物感 ・何かできている ・首のはれ ・あごの下のはれ
咳(空咳・痰からむ、軽い・強い)・痰(白色・黄色) ・息苦しい ・味がわからない
いびき ・無呼吸 ・いつも口が開いている ・日中眠い

全身 : 発熱(月 日～ °C)・倦怠感・寒気・頭痛・関節痛・吐気・下痢
(来院時 °C)

その他 :

※めまい・耳鳴り・花粉症・アレルギー性鼻炎・いびき・睡眠時無呼吸が気になる方は専用の用紙にもお答え下さい

② いつからですか 平成・令和 年 月 日より

③ 現在、他の病院に通院して (いる・いない)

病院名: _____ 受診日: _____ 治療内容: _____

現在、使用中の薬: _____

④ これからうける診察にご希望があれば書いてください。 _____

⑤ これまでに入院・手術を要する病気 / 耳鼻科関係の病気にかかったことが (ある・ない)

病院名: _____ 受診日: _____ 治療内容: _____

⑥ タバコ: 吸わない・やめた・吸う 本/1日 _____ 飲酒:しない・する →量: _____

⑦ これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことが (ある・ない)

原因となったもの: _____

症状 (じんましん・ショック) _____ その他 _____

⑧ 《女性の方に》 現在妊娠の可能性は (ない・あり 週目) _____ 授乳中 (ない・あり)

⑨ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したかことが (ある・ない)

⑩ 当院をどこで知りましたか: WEB検索・HP Eparkサイト 病院紹介サイト Google MAP

知人・家族の紹介 他院から紹介 近所 口コミ その他

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意 (する・しない)

⑫ 他の医療機関からの紹介状を持って (いる・いない)

・ 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。
ご協力ありがとうございました。