

ほんじょう耳鼻咽喉科クリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	明・大・昭・平・令
名前 (男・女)	年 月 日 (才 ヶ月)	
住所 〒	電話番号 ( )	携帯電話番号 ( )
熱がある場合	℃	体重 (小児のみ) kg

①本日はどうされましたか？

耳 (右・左)	痛い かゆい 耳だれ 腫れている 聞こえにくい 耳鳴り ふさがった感じ ひびく 耳垢 (耳掃除希望) めまい 他 ( )
鼻	鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻づまり 鼻水がのどに流れる 痛い 花粉症の予防投与希望 アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 鼻掃除希望 鼻出血 (右・左) においがしない 他 ( )
のど	痛い 腫れている 声がかれる 咳・痰 のどがつまる感じ のどの違和感 息がしにくい 飲み込みにくい いびき 睡眠時無呼吸 味が分からない

②その症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

③その他、症状やお聞きになりたいことがあれば書いてください。

④他の病気があれば教えてください。(○で囲んでください)

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 腎臓病 アトピー  
喘息 胃潰瘍 前立腺肥大 緑内障 その他 ( )

⑤現在、内服中の薬はありますか？ なし・あり

(薬の名前; )

※ お薬手帳やお薬の説明書き(薬剤情報提供書)をお持ちの方は受付に提出してください。

⑥今までにアレルギーを起こしたことはありますか？ はい・いいえ

薬品名 ( ) 食品名 ( ) いつ頃 ( )

⑦嗜好品についてお答えください。 酒・ビール (1日 杯) タバコ (1日 本/ 年)

⑧女性の方へ 現在妊娠中ですか？ (いいえ・はい ヶ月) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)

⑨お子様へ 飲めないタイプの薬がありますか？ (何でも飲める 錠剤 カプセル 粉末 シロップ)

⑩どのような診療をご希望ですか？

- ・十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
- ・とりあえず、当面の症状を抑えて欲しい ・その他 ( )

※ マイナ保険証による診療情報取得に不同意の場合は、当クリニック受付にお伝え下さい。

※ 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致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1: 6点 加算 2: 2点 (マイナ保険証を利用した場合)