

# 問診票

年 月 日

当院では、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。

同意する ・ 同意しない

ふりがな		★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★		
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 ( 歳)	
	電話番号	( )		
住所	〒			

❀ 女性の方へ ❀

妊娠中 ( 予定日 \_\_\_月\_\_\_日 ) ・ 授乳中 / 該当なし

1. いつから症状がありますか？ ➡ ( ) 日前から

2. あてはまるところに○をつけてください。

\* 耳 (右・左・両方) が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 水が入った / いじった / 聞こえにくい / こもった感じ / 耳鳴り (高音・低音)

\* 鼻 (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻水がのどに流れる / 鼻血 (右・左)

\* のどが、 痛い (食事は …… 飲み込める・飲み込めない) / かゆい / 咳 / 痰 / 声枯れ / 違和感 / 魚の骨が刺さった (魚の種類: )

\* めまいがする (ぐるぐる・ふわふわ・その他) …… どんなときに? ( )

\* 花粉症・アレルギー性鼻炎がある

- 診断済 (具体的に: ) ➡ 舌下免疫療法を、希望する・しない
- 自覚症状はあるが調べていない ➡ アレルギー検査(採血)を、希望する・しない

\* その他: 眼のかゆみ / 頭痛 / 関節痛 / 寒気 / 倦怠感 / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢

\* 発熱: いつから \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_℃ / 自由記入欄 ( )

3. 現在、他院で処方された薬はありますか? ★お薬手帳などは受付でご提示下さい★  
 はい ( ) ・ いいえ

→ 通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか? はい ・ いいえ

4. 薬、注射、食物アレルギーはありますか? …… はい ( ) ・ いいえ

5. 歯の治療などの麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか? …… はい・いいえ

6. お酒は飲みますか? …… はい (よく飲む・たまに飲む) ・ いいえ

7. タバコは吸いますか? …… はい (よく吸う・たまに吸う) ・ いいえ

8. 一年以内に健康診断 (特定健診・高齢者健診) を受診しましたか はい・いいえ

9. かかったことがある病気、または、“該当なし” に○をつけてください。

肺の疾患 (結核、喘息、慢性気管支炎など) / 肝臓・脾臓の疾患 (肝炎、肝硬変、脂肪肝など) / 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 胃・十二指腸の疾患 (胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍など) / 心臓の疾患 (狭心症、不整脈、心不全、心筋梗塞など) / 皮膚病 (慢性痒疹、带状疱疹など) / 脳血管の疾患 (脳動脈硬化症、脳梗塞、脳内出血など) / 悪性腫瘍 (ガン、リンパ腫など) / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1など) / 精神疾患 (鬱、統合失調症、不安症など) / 甲状腺 / 前立腺肥大症 / 眼病 (緑内障など) / その他 ( ) / 該当なし

★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします ★

- チラシ・パンフレット・広報誌
- SNS (LINE・インスタグラム)
- 看板等広告
- インターネット (ホームページ)
- 家族・友人知人の紹介
- 役所・保健所の紹介
- 他院からの紹介
- 家 (職場) から近い
- その他 ( )