

耳鼻咽喉科問診票

記入日 年 月 日

お名前 () 才

《バイタルチェック欄》

中学生以下の場合：体重 () k g
女性の方へ 現在、妊娠中で ない ある (妊娠 週)
授乳中で ない ある

・ 本日、受診された症状について

(いつ頃から) (どこが) (どのように具合が悪いですか?)

・ そのために他の医療機関で診察を受けられましたか? ない ある

医療機関名:

受診日:

治療内容:

・ 他の医療機関からの紹介状はありますか? ない ある

・ 今までに入院手術や手術を要する病気や下記の病気にかかったことはありますか?

医療機関名:

時期:

病名:

治療内容:

喘息 高血圧 心臓病 脳梗塞 糖尿病 高脂血症

胃・十二指腸潰瘍 肝炎 結核 精神神経疾患 その他 ()

・ 現在使用されている薬 (内服薬・外用薬・注射・その他) はありますか?

ない

ある { 当院

他院 (薬品名は何ですか)

・ アレルギーはありますか?

薬 剤 : なし あり (種類:) 症状:)
食 事 : なし あり (種類:) 症状:)
金 属 : なし あり (種類:) 症状:)
ゴム製品: なし あり (種類:) 症状:)
その他 : なし あり (種類:) 症状:)

・ お酒を飲みますか?

飲まない 飲む (毎日・ときどき) (ビール・日本酒・その他 1日平均 本)

・ タバコを吸いますか?

吸わない 吸う (1日 本・ 年間)
 禁煙した (以前1日 本・ 年間)

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 持っていない

・ 40歳以上の方、この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診したことが

ない ある

受診時期:

指摘事項等:

※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。