

# 耳鼻咽喉科問診用紙

保存

来院日 年 月 日

お名前 様 歳 (男・女) 身長 ( ) cm

体重 ( ) kg

平熱・発熱 ( ) °C

## 1. 今日はどのような症状がありますか？

- |             |             |              |               |
|-------------|-------------|--------------|---------------|
| ・鼻血(右・左)    | ・難聴(右・左)    | ・のどが痛い       | ・めまい・ふらふら感    |
| ・鼻汁         | ・耳が痛い(右・左)  | ・のどに違和感がある   | ・吐気、嘔吐        |
| ・鼻がつまる      | ・耳だれ(右・左)   | ・声がかれた       | ・頭痛           |
| ・においがわからない  | ・耳鳴り(右・左)   | ・口の中・舌が痛い    | ・頭重感          |
| ・いびき・口呼吸    | ・耳がつまる(右・左) | ・口の中が腫れた     | ・顔の動きが悪い(右・左) |
| ・頬がはれた(右・左) | ・耳がかゆい(右・左) | ・咳・くしゃみ・痰が出る | ・首が腫れた        |
| ・その他 ( )    |             |              |               |

## 2. その症状はいつからですか？

年 月 日 時 頃から ・急に悪くなった ・徐々に悪くなった

## 3. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？

- ・受けた → 病院名 \_\_\_\_\_  
受けた検査 \_\_\_\_\_  
飲んだ薬 \_\_\_\_\_  
何と言われましたか？ \_\_\_\_\_
- ・受けない

## 4. 今までにかかった病気についてお伺いします。

- ・高血圧 ( ある ない ) ・心臓病 ( ある ない ) ・気管支喘息 ( ある ない )  
・糖尿病 ( ある ない ) ・胃潰瘍 ( ある ない ) ・結核 ( ある ない )  
・その他の病気 ( )

## 5. 今までに手術を受けたことがありますか？

- ・ある → \_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の手術  
・ない \_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の手術

## 6. 上記の手術以外で入院したことはありますか？

- ・ある → \_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の病気  
・ない \_\_\_\_\_ 歳の頃 \_\_\_\_\_ の病気

## 7. 現在飲んでいる薬がありますか？ (飲んでいる場合はお薬の名前をお書き下さい)

- ・ある → ( )  
・ない ( )

どちらの病院でもらっていますか？

本日お薬手帳はお持ちですか？ ・ある ・ない

## 8. アレルギー(薬も含む)はありますか？

- ・ある → 食べ物 ( ) 花粉症 その他 ( )  
・ない お薬 ( )

## 9. タバコを吸いますか？

- ・吸う 本/日 ( 歳から ) ・吸わない  
・以前吸っていた ( 歳から 歳まで 本/日 ) ・周りにタバコをすう人がいる

## 10. お酒を飲みますか？

- ・飲む 何を 週どのくらい  
・飲まない

## 11. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

- ・妊娠していない 妊娠している 妊娠の可能性ある  
授乳している 授乳していない

※裏面の記載もお願いします。

**以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項**

- 1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)  
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
- 2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
- 3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)  
医療機関名 ( )  
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ( )
- 4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？  
受診日 ( ) 指摘事項 ( )

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。