

当院はオンライン資格確認を導入しております

ふりがな	生年月日		年齢	体重	職業
お名前	年 月 日		才	kg	
住所	〒	TEL	自宅	()	
			携帯	()	
1	どの具合が悪いですか 耳 鼻 のど 首 口の中 舌 ほほ 上あご 下あご その他 みみ (右・左・両側) (耳の 前 ・後 ・上 ・下) ・耳が痛い ・耳を触ると痛い ・耳だれ ・かゆい ・めまい ・みみあか ・耳鳴り ・聞こえが悪い ・聞こえない ・耳がふさがった感じ ・自分の声が耳にひびく ・その他 はな (右・左・両側) ・鼻水 (透明/白色/黄緑/血がまざる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・かゆい ・痛い ・くさいにおい ・鼻血 ・においがにぶい ・においがしない ・いつも口が開いている ・頭痛 (右/左/両方) ・いびき のど (右/左/中央) ・のどが痛い ・のみこむとき痛い ・つかえる感じ ・のどに何かある感じ ・のどがすっきりしない ・声がかれる ・声が出ない ・息苦しい ・せき ・たん ・血の混ざったたんが出る ・たんが切れない その他の症状 (具体的に) ()				
2	それはいつからですか ()				
3	今日熱がありますか ⇒ 『ある』… (. 度) 『ない』… (. 度) ⇒ 最近発熱した方…いつから (いつ頃) ですか ()			ない	ある
4	今までに飲み薬や注射で発疹がでたり、ショックをおこしたことはありますか ⇒ 『ある』…その薬品名は ()			ない	ある
5	アレルギー体質 (じんましんが出やすい等) ですか ⇒ 『はい』…それはどんな時に出了ましたか ()			いいえ	はい
6	いま現在、治療中の病気はありますか ⇒ 『ある』…糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃十二指腸潰瘍 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 具体的な病名 ()			ない	ある
7	現在、内服中のくすりはありますか (種類) ⇒ 『ある』…薬品名 *お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください			ない	ある
8	今までに大きな病気をしたことがありますか ⇒ 『ある』…結核 心臓病 肝炎 腎炎 脳血管障害 腫瘍 がん エイズ など 具体的な病名 ()			ない	ある
9	アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望しますか?			いいえ	はい
10	今まで耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか 病名 ()			いいえ	はい
11	今までに手術を受けた	耳鼻科の手術 年 月頃 病名 ()		ない	ある
	ことがありますか	耳鼻科以外の手術 年 月頃 病名 ()		ない	ある
12	たばこを吸いますか (1日 本くらい、 才から)			吸わない	吸う
13	現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか			ない	ある
	または、授乳中ですか 出産予定日 (年 月 日)			いいえ	はい
14	この1年間で検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか			いいえ	はい
15	マイナ保険証による診療情報取得について			同意する	
16	これから受ける診療について、ご希望、または上記の他に何かありましたらご記入ください				

当院は、マイナ保険証による診療情報を取得・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、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。