

紹介状（あり・なし）

問診表

体温（℃）

ふりがな	男 ・ 女	生年月日 年 月 日（歳）		
お名前：				
ご住所 〒		電話：		
		FAX：		
		携帯：		
身長：	cm	体重：	kg（40kg以下の場合は必ず記載してください。）	
薬の希望： シロップ・細粒・錠剤		職業：		

下記の項目をご記入ください。（記入について、差し支えがある場合は受付にお知らせ下さい。）

1. どのような症状がありますか？印をしてください。

いつから： 今日 昨日 （ ）日前から その他（ ）

耳（右・左）	鼻（右・左）	のど	その他
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> くびに何かできている
<input type="checkbox"/> きこえにくい	（水っぽい・色がある）	<input type="checkbox"/> 声がかれる	<input type="checkbox"/> 味がわからない
<input type="checkbox"/> 耳だれ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 熱がある
<input type="checkbox"/> 耳がつまった感じ	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> のどがつまる感じ	（℃）
<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> においがわからない	<input type="checkbox"/> 異物感がある	<input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 鼻血	<input type="checkbox"/> 腫れている	（回転・ふらふらする）
<input type="checkbox"/> 耳あか	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 息苦しい	
補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

2. 手術を受けたことがありますか？（耳・鼻・喉の手術以外にも行った手術は全てご記入ください）
 ない あるいはある（ 受けた手術： ）

3. この症状で他の医療機関を受診されたことはありますか？
 ない あるいはある（ 医療機関名： ）

4. 今までに次の病気にかかったことはありますか？
 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 結核 心臓病 前立腺肥大
 高血圧 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 その他（ ）

5. 飲み薬や注射、食べ物で発疹がでたり、ご気分が悪くなったことはありますか？
 ない あるいはある（ ）

6. 現在飲んでいるお薬はありますか？
 ない あるいはある（ ）

7. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う

8. 女性の方へ
 ・現在、妊娠してますか？ はい（ ヶ月） いいえ わからない
 ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

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。