問診表 No.＿＿＿＿＿＿＿＿　　令和　　年　　月　　日

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。
マイナ保険証による診療情報取得に関して　□同意する　□同意しない
医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

ふりがな お名前		男 ・ 女	生年月日　大･昭･平･令 年　月　日 才	ＴＥＬ（　）　― 携帯　（　）　― 緊急連絡先（　）　―
ご住所〒　　―				身長　　ｃｍ 体重　　ｋｇ 体温　　℃

（1）あなたが困られているのは次のどれで、いつ頃からですか？。また紹介状の持参はありますか？

耳　どちら側ですか（右・左・両）
① 耳が痛い
② 聞こえにくい
③ 耳鳴りがする
④ 耳がふさがった感じがする
⑤ 耳掃除希望
⑥ 耳だれ
⑦ 耳がかゆい
⑧ めまい
⑨ 顔に麻痺がある

鼻
① 鼻水
② 鼻づまり
③ くしゃみ
④ 鼻血
⑤ においがわからない
⑥ 鼻水がのどに落ちる
⑦ 上咽頭炎の相談

眼
① 目のかゆみ
コンタクトあり　着用期間　1日・14日・28日
② 目やに

のど
① のどが痛い
② 咳が出る
③ のどがつまる感じ
④ 声がかれる
⑤ 口が渇く
⑥ 味がわからない

いつ頃からですか？（　　）　その他（　　）

（2）女性の方に伺います。現在妊娠、もしくは授乳されていますか？
妊娠：□いいえ　□はい　□可能性がある　　授乳：□いいえ　□はい

（3）今までにかかった大きな病気、現在他の医療機関で治療中の病気を教えて下さい
□なし　□あり□耳鼻咽喉科の病気・手術（　　）
□高血圧　□糖尿病　□喘息　□前立腺肥大　□緑内障
□胃・十二指腸潰瘍　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□結核
□その他（　　）

（4）薬や食品などでじんましんが出るなど具合が悪くなったことがありますか？
□いいえ　□はい→原因物質（　　）症状（　　）

（5）現在飲んでいる薬はありますか？(マイナ保険証同意の場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可)
□いいえ　□はい→薬品名（　　）病名（　　）

（6）この1年間に健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？(マイナ保険証同意の場合不要)
□いいえ　□はい→受診時期(　　)指摘事項(　　)

（7）嗜好品についておたずねします　タバコ：　　本/日で　　年間／アルコール：　　を　　本/日

（8）特に希望されること、これまでの治療での疑問点・不満点があればお教え下さい
（　　）

（9）当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)
□ご紹介（□ご家族様　□ご友人　　様）　□ホームページ
□近所・通りがかり　□クリニックモールの他店舗利用（どの店舗ですか？　　）
□看板を見て（どこの看板ですか？　　）
□その他（　　）

ご記入おつかれさまでした　この用紙に記入して頂いた情報は、医療行為のみに使用致します

みみ・はな・のど
きむ耳鼻咽喉科