

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

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すか？

- | | | | | |
|------------------|---|-------------------------|----|------------|
| 耳 どちら側ですか(右・左・両) | 鼻 | ① 鼻水 | のど | ① のどが痛い |
| ① 耳が痛い | | ② 鼻づまり | | ② 咳が出る |
| ② 聞こえにくい | | ③ くしゃみ | | ③ のどがつまる感じ |
| ③ 耳鳴りがする | | ④ 鼻血 | | ④ 声がかれる |
| ④ 耳がふさがった感じがする | | ⑤ においがわからない | | ⑤ 口が渇く |
| ⑤ 耳掃除希望 | | ⑥ 鼻水がのどに落ちる | | ⑥ 味がわからない |
| ⑥ 耳だれ | | ⑦ <u>上咽頭炎</u> の相談 | | |
| ⑦ 耳がかゆい | 眼 | ① 目のかゆみ | | |
| ⑧ めまい | | コンタクトあり 着用期間 1日・14日・28日 | | |
| ⑨ 顔に麻痺がある | | ② 目やに | | |

その他 ()

(2) それはいつ頃からですか？ ()

(3) 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

(4) 今までにかかった大きな病気、現在治療中の病気を教えてください

- 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 ()

(5) 薬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→薬品名 () 症状 ()

(6) 現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい→薬品名 () 病名 ()

(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