

ID _____

問診票

ふりがな _____ 男・女 大, 昭, 平, 令 年 月 日生まれ (才)

氏名 _____

〒

住所 _____

携帯電話番号 (必須) _____

自宅 TEL (必須) _____

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

※お子さんのみお答えください。→ 薬のご希望はどちらですか？ 錠剤・粉薬

1. どのような症状でお困りですか。

耳 (右・左・両)	耳あか 耳だれ かゆみ 痛み 聞こえにくい 耳鳴り つまった感じ 水が入った感じ ひびく感じ
鼻	くしゃみ 鼻水 (水様・黄色) 鼻づまり 鼻血 鼻の中でおいがする においがわからない できもの 痛み ※花粉症 (春先・夏・秋)
のど・舌	痛み 声がれ せき たん のどに何かあるように感じる (違和感) 魚骨などの異物 味がわからない 口内炎 (アフタ)
その他	めまい いびき 頭痛 歯痛 ほほの痛み 目の奥が痛い 目のかゆみ 首の腫れ 耳の下の腫れ 熱がある 顔面の麻痺 (その他: _____)

2. いつから症状がありますか。

今日 _____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から _____ 年前から

3. 耳鼻咽喉科の手術を受けたことがありますか？ (ある・ない) (手術内容: _____)

4. 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 _____)

5. 何か病気(過去も含む)はありますか？ (はい・いいえ)

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 喘息 胃潰瘍 胃炎 肝臓病 腎臓病 心臓病

血が止まりにくい病気 その他 (_____)

6. 現在、薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ) わかっている薬の名前 (_____)

7. 今までに薬を飲んでアレルギーを起こしたことがあれば、その薬の名前を書いてください。

(_____)

8. 次の感染症はありますか？ B型肝炎 (いいえ・はい) C型肝炎 (いいえ・はい)

9. 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか？ (はい・いいえ・わからない)

※男性の方：前立腺肥大の指摘を受けたか、または尿が出にくい症状がありますか？ (はい・いいえ)

※女性の方：現在、妊娠中または授乳中ですか？ (はい: _____ カ月, いいえ, 可能性あり, 授乳中)

10. マイナ保険証による診療情報取得について ☐ 同意する

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。

◆ 医療 DX 推進体制整備加算(初診時)

加算2 11 点