

桜が岡耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	(〒 -) (少なくとも番地まで必ず記載をお願いします)				
体重 (小児の方)	kg	連絡先	携帯番号() 自宅() (つながりやすい方の番号を記載してください)		

発熱がある方は別室でのご対応となります、ご了承ください。(来院前に電話予約が必要です)。

当院では患者さんへの適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入し、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おります。厚生労働省の規定により医療情報取得加算の算定があります。

🌸 マイナ保険証による診療情報取得に同意する場合 をつけてください

🌸 今日はどのような症状で来院されましたか？

いつから：今日・昨日・ _____ 日前・ _____ 週前・ _____ ヶ月前・ _____ 年前

耳 ()、鼻 ()、のど ()
めまい ()、アレルギー性鼻炎 (スギ、ダニ、ブタクサ、その他、未検査)
その他 ()

🌸 現在、治療中の病気やかかったことがある病気はありますか？ なし

あり：高血圧・糖尿病・高脂血症・B型肝炎・C型肝炎・喘息・緑内障・前立腺肥大(尿閉)・腎臓病・がん・免疫抑制治療・心臓ペースメーカー・脳疾患・その他 ()

🌸 今までに手術や輸血の経験はありますか？ なし

あり：

🌸 現在、使用している薬や注射がありますか？ なし

あり：

🌸 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ なし

あり：

🌸 局所麻酔薬(キシロカイン)に対するアレルギー あり・なし

🌸 ご職業 ()

🌸 たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい 1日 _____ 本 (_____ 歳～ _____ 歳)

🌸 お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい (アルコールの種類や量)

🌸 女性の方のみ

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい (何週 or 何ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

🌸 15歳未満の方、熱性けいれんの既往はありますか？ あり・なし

🌸 (特にお子さん)お薬の形状にご希望がありますか？ 粉薬・錠剤・シロップ

🌸 今回の診察で何かご希望の検査や治療などが具体的にある方は記入して下さい

()