

# 耳鼻咽喉科 問診票

記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

おなまえ \_\_\_\_\_様

当科では診察の円滑化をはかるため、初診の方全員に初診用紙への記載をお願いしております。  
大変ご面倒なことだと思いますが、ご協力をお願いします。

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

- ① 本日の受診の目的はどんなことでしょうか？（今一番心配なこと、特に話しておきたいことがあれば書いてください。）

( \_\_\_\_\_ )

その症状はいつごろからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

- ② 現在、耳鼻科にかかっていますか？

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

- ③ 他の医療機関からの紹介状はありますか？（ある（病院名 \_\_\_\_\_）なし）

- ④ 今までにかかったことのある病気ケガはありますか？（ある なし）

高血圧 糖尿病 心筋梗塞 狭心症 不整脈 脳出血 脳梗塞 高脂血症

肝炎 胃十二指腸潰瘍 肺結核 痛風 前立腺肥大 気管支喘息

その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ⑤ 現在服用している薬がありますか？（ある なし）

あれば下記に記入または、お薬手帳か、お薬の説明書を受付に提出してください。

お薬手帳あり（スキャナーあり  なし ）  お薬手帳忘れ（下記に内容記載）

( \_\_\_\_\_ )

- ⑥ アレルギーはありますか？

いいえ \_\_\_\_\_ はい（どんな \_\_\_\_\_）

- ⑦ 入院をしたことがありますか？ なし あり

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

- ⑧ 手術を受けたことがありますか？ なし あり

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_病名 \_\_\_\_\_病院名

- ⑨ \*喫煙歴 (あり なし) \*飲酒 (飲む 飲まない)  
 紙巻タバコ (種類: ) ( 本/日× 年)  
 加熱式タバコなど (種類: ) ( 本/日× 年)  
 電子タバコの使用の有無 ( 有り 無し)

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願いいたします。

禁煙状況 ( 年間/ ヶ月前/ 日/ から禁煙)

受動喫煙状況:同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄: )

- ⑩ お酒は飲みますか。 飲まない やめた (いつ頃 )  
 飲む (下記に○をつけてください)  
 毎日 時々 (どれくらいの頻度ですか? )  
 \*日本酒 合  
 \*ビール 350ml 缶・500ml 缶・大瓶 本  
 \*ウイスキー ストレート 杯・ロック 杯・水割り 杯  
 \*焼酎 ストレート 杯・ロック 杯・水割り 杯  
 \*ワイン 杯

- ⑪ (女性の方へ) 現在妊娠中ですか? はい いいえ わからない

- ⑫ 半年以内に渡航歴はありますか?  
 いいえ はい (国 時期 )

- ⑬ 現在、他病院にて入院中ですか?  
 いいえ はい

- ⑭ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? いいえ はい

- ⑮ この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診していますか?  
 いいえ はい (受診時期: 指摘事項: )

- ⑯ その他:病院から連絡をとらせて頂く場合の連絡先 続柄: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

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。

ご協力ありがとうございました。