

【南馬込おかばやし耳鼻咽喉科 問診票】



ふりがな	男・女	大 昭 平 令	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
携帯	—	—	電話 ()	—
15歳以下のお子様 ※必須	体重 _____ kg	熱はありますか？		
お薬の希望 (なし 粉薬 シロップ 錠剤)		なし ある () 度		
37.5以上の発熱の方は発熱外来をご受診ください。				

どのような症状で受診されましたか？	耳 () 日前から	鼻 () 日前から	のど () 日前から
	<ul style="list-style-type: none"> 耳がかゆい (右・左) 耳がいたい (右・左) 耳だれが出る (右・左) 聞こえにくい (右・左) 耳鳴りがある (右・左) 耳がつまる (右・左) 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻水(下記より選択して下さい) ① サラサラした鼻水 ② ネバネバした鼻水 鼻がつまる コイがよくわからない 鼻血がでる (右・左) 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い たんが出る せきが出る 声がかれる のどに違和感がある いびき
	めまい () 日前から	甲状腺・頸部症状 () 日前から	
	<ul style="list-style-type: none"> 手足の麻痺 聞こえにくい (右・左) 割れるような頭痛 	<ul style="list-style-type: none"> 疲れやすい ・暑がり汗をかきやすい 動悸、息切れ ・寒がり汗をかきにくい 身体がだるく、やる気がでない むくみやすい ・薄毛 ・首にしこりをふれる 	
その他の症状			
持病または今までにかかった病気はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない 喘息 緑内障 心臓病 	<ul style="list-style-type: none"> けいれん (歳の時 回) 前立腺肥大 腎臓病 その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病 肝疾患 (肝炎等)
現在他院に通院中ですか？	<ul style="list-style-type: none"> いいえ はい (医院名) 		
服用中の薬はありますか？	服用中の薬 () ・お薬手帳あり		
アレルギーをおこす物がありますか？	薬 () 食べ物 () その他 ()		
1年以内に検診を受けた方は該当するものに○をしてください。 特定健診 ・ 高齢者健診			
女性の方へ (必須) 妊娠・授乳中ですか？	<ul style="list-style-type: none"> いいえ 妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性あり 授乳中 		
タバコは吸いますか？	<ul style="list-style-type: none"> 吸わない 吸う (1日 本) (年間) やめた (年前) 		
当院をお知りになられたきっかけは？	<ul style="list-style-type: none"> ホームページ 駅看板 電柱 近所 家族、親族 Googlemap 知人、友人 (様) 他の医療機関 (医院名) 		
※マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？			
同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証未保持			

当院は診療情報取得・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。正確な診療情報取得・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。

◆医療情報・システム基盤整備補助金加算 (初診時) 加算1 4点、加算2 2点 (マイナ保険証利用した場合)