

# 耳鼻咽喉科問診表

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

日付 \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才

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同意 する しない 持っていない

① 来院された理由をお聞かせ下さい

② ①の症状はいつ頃からですか ( 年 月 日頃から )

③ 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか はい ・ いいえ

「はい」の方……病名のとなりに、その病気になった年を記入して下さい  
( \_\_\_\_\_ )

④ 薬や注射薬などでアレルギー反応が出た事がありますか

はい(薬剤名: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

⑤ 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方……渡航した国 (都市まで記入)  
期間 年 月 日 ~ 年 月 日

⑥ 普段お酒は飲まれますか はい ・ いいえ

「はい」の方……(約 \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ 日)  
酒( \_\_\_\_\_ )合 ビール( \_\_\_\_\_ )本 ワイン( \_\_\_\_\_ )本

⑦ 喫煙はされていますか はい ・ いいえ

「はい」の方……(約 \_\_\_\_\_ 本/ \_\_\_\_\_ 日 ・ \_\_\_\_\_ 年)

⑧ 女性の方にお聞きします

妊娠はしていますか はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ

-----  
【 所見 】