

もりべ耳鼻咽喉科クリニック 初診問診票

受付 No.

ふりがな 氏名	性別 男・女	年齢 歳
	体重 (15歳未満の方) kg	《お熱のある方》 体温 度
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	電話 - -	携帯電話 - -
住所 〒		

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。

① マイナ保険証で受付された方、診療情報提供に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

② いつから、どんな症状がありますか？

	いつから…	頃
<ul style="list-style-type: none"> ・ 耳が痛い (右・左) ・ 耳がきこえにくい (右・左) ・ 補聴器の相談をしたい ・ 耳鳴りがする (右・左) ・ 耳がかゆい・汁がでる (右・左) ・ 耳掃除して欲しい ・ めまいがする ・ 頭痛がする その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目のかゆみ、赤みがある ・ 鼻水が出る (水様・どろどろ) ・ 鼻がつまる ・ 鼻水がのどへ流れる ・ くしゃみがでる ・ においがわかりにくい ・ 無呼吸があると言われる ・ 顔が痛い () 	<ul style="list-style-type: none"> ・ のどが痛い ・ のどに違和感がある ・ 味がしない ・ 咳が出る ・ 痰が出る ・ 声がかすれ ・ いびきが酷い

③ 今まで下記の病気またはその他病気や手術をされたことがありますか？

⑥ 今まで薬品や食物のアレルギーがありますか？ (ある ・ ない)

※ 原因となったもの・症状などを記載して下さい

糖尿病・気管支喘息・前立腺肥大・緑内障

その他 _____

④ 現在、入院中または施設に入居中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑦ 女性の方は、現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ) 妊娠 週
授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑤ 今飲んでいる薬があれば書いてください。お薬手帳ある方は提出して下さい。

⑧ 煙草は吸いますか？
吸う (吸っていた) ・ 吸わない

喫煙量は一日に _____ 本 × _____ 年間