

問診票

ふりがな		性別	男性・女性	体重(15歳以下の方)	kg
名前	生年月日	T S H R	年	月	日(歳)
郵便番号	〒	電話番号			
住所					
どのような症状で受診されましたか。○をつけてください。最も困っている症状は◎をつけてください。 _____					
はな(右・左・両方) 鼻水(水のような、ねばねば)、鼻づまり、くしゃみ、鼻血、嗅覚障害 みみ(右・左・両方) 痛み、かゆみ、みみあか、耳だれ、聞こえにくい、つまり感、耳鳴、めまい のど 痛み、水も飲めないほど痛い、違和感、咳、たん、声がかすれる、骨がささった 睡眠時無呼吸、花粉症・アレルギー性鼻炎、首のしこり、その他() 症状はいつごろからですか。 _____					
妊娠	なし・あり(週)	授乳	なし・あり(お子さんの年齢 歳)		
既往歴	高血圧、糖尿病、免疫疾患、喘息、癌、その他()				
薬や食べ物のアレルギー	なし・あり()				
心配なので検査などをしっかり受けたい	はい・いいえ				
ご希望の検査・治療があれば、○をつけてください。 _____					
重心動揺検査(バランスの検査)、鼻・のどの内視鏡検査、アレルギー検査(血液検査)、聴力検査 抗原検査(コロナ、インフルエンザ、アデノウィルス、溶連菌)、睡眠時無呼吸の検査 舌下免疫療法、鼻レーザー手術(下甲介粘膜焼灼術)					
現在服用している薬はありますか	なし・あり(ありの方はお薬手帳をお出してください)				
特に希望すること、医師に伝えたいことはありますか					
当院をどちらでお知りになりましたか	ネット(Google、Yahoo、その他)、知人からの紹介、看板 電柱広告、バスの車内アナウンス、郵便局、その他()				

当院では診療情報を取得・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。

武蔵小山わかば耳鼻咽喉科クリニック