

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					
<u>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。</u>					
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					
発熱 °C 月 日から 月 日まで					
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()					
<u>症状はいつごろからですか。</u>					
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、前立腺肥大、緑内障、その他()				
薬や食べ物のアレルギー	なし・あり()				
<u>心配なので検査などをしっかり受けたい</u>		はい・いいえ			
<u>ご希望の検査・治療があれば、○をつけてください。</u>					
重心動揺検査(めまい・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 ()					
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。