

# 耳鼻咽喉科問診表

年 月 日

ふりがな		年齢	身長	体重
名前		歳	cm	kg
連絡のつきやすい 電話番号		(小学生の方は必ずお書きください)		

**①、どこがお悪いですか？(困っている順にお書きください)**

内容

いつからですか？ ・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・1週間前 ・それ以外〔 〕

**②、この病気で今までに治療を受けたことはありますか？**

- ない  
 ある〔 いつどこで受けましたか？ 〕

**③、今までにかかった、または、現在治療中の病気はありますか？**

手術歴・入院歴があればそちらもご記入下さい。

- ない 例: 高血圧・糖尿病・肝炎・喘息など  
 ある〔 病気の名前: 〕

**④、現在服用している薬はありますか？**

- ない  
 ある〔 お薬の名前: 〕

**⑤、過去に飲んでいた薬がありましたらできる限りすべてご記入ください。**

(よく効いた薬、眠気が出た薬等) また、お薬手帳があればお出しください。

- ない  
 ある〔 お薬の名前: 〕

**⑥、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか？**

- ない  
 ある〔 お薬の名前: 〕

**⑦、【女性の方のみ】妊娠している可能性はありますか？**

- ない  ある〔 週 〕

**⑧、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか？**

はい ・  いいえ