たかさきクリニック
耳鼻いんこう科・アレルギー科

耳鼻いんこう科問診票

年　月　日

フリガナ		性別	男・女	身長	cm	体温	(平熱　℃)
お名前				体重	kg		℃
生年月日	T・S・H・R　年　月　日			年齢	歳		
住所	〒□□□-□□□□　県　市郡　町						
電話番号		職業		ダイレクトメール	○・×		

本日は、どこの、どのような症状で、受診されましたか？また、いつごろからですか？	どこ【みみ・はな・くち・のど・あたま・その他】(○をつけてください) 症状 いつから	
今回の診察で、詳しい検査を希望されますか？	はい・いいえ・わからない	
今までに、耳鼻いんこう科にかかったことはありますか？	ない・ある	**ある**の方(病名、症状、耳鼻科の病院名など)
当院以外の病院で、治療を受けている方にお尋ねします。	次の中で、ご自身の病気があれば、○をつけてください 喘息・アトピー・高血圧・緑内障・前立腺肥大・不整脈・狭心症・糖尿病 腎臓病・脳梗塞・脳出血・その他の病名(　)	
何か薬を飲んでいますか？	いいえ・はい	**はい**の場合は、分かる範囲で教えてください
薬や食べ物などにアレルギーはありますか？	ない・ある	**ある**の方
タバコ、お酒についてお聞きします。(およそで結構です)	タバコ【吸う(　本／1日を　年間)・吸わない・やめた(　年前)】 お酒【毎日飲む・たまに(機会飲酒)・飲まない】	
女性の方へ 現在、妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中ですか？	□いいえ・□はい　(妊娠　週目) 授乳中【お子様は　ヵ月】	
本日マイナ保険証をお持ちですか？	はい・いいえ	**はい**の方　マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　はい・いいえ
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい・いいえ	
(40歳以上の方)この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方については、記載省略可)	はい・いいえ・40歳未満	**はい**の方(受診時期、指摘事項など)

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。

最後に、ご来院のきっかけを教えてください

□ご家族・ご親族　□知人・ご友人の紹介(お名前：　)
□病院・診療所のご紹介(病院・診療所名：　)
□看板をみて(柚木・梅田町・中里・鹿子前入口・口石・佐々・小佐々・市役所内)
□病院の前を通って　□パンフレット　□インターネットなどの情報　□その他(　)

※他の病院からの情報診療提供書(紹介状)、お薬手帳等、診察の手助けになるような書類がありましたら、お知らせください。