

フリガナ			性別	男	身長	cm	体温	(平熱	℃)
お名前			女	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	○ · ×		

**本日はどのような症状で、受診されましたか？また、いつからですか？**

当てはまる症状を○で囲んでください。

(右・左)聞こえが悪い・(右・左)耳鳴りがする・(右・左)耳がつまった感じ  
(右・左)耳が痛い・(右・左)耳のかゆみ・めまい・ふらつき・吐き気

鼻水・鼻づまり・(右・左)鼻出血・くしゃみ・鼻のかゆみ・目のかゆみ

喉の痛み・咳・痰・喉のイガイガ・喉の違和感・喉のつまった感じ・声かれ

頭痛・頭重感・発熱・寒気・関節痛・倦怠感 その他( )

いつからですか？

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ いいえ ・ はい 病院名:

今回の診療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を受診されたことがありますか？ ない ・ ある **ある方**(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ますか？ いいえ ・ はい **はいの方**(次の中でご自身の病気があれば○で囲んでください)  
喘息・アトピー・高血圧・緑内障・前立腺肥大

何かお薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい 不整脈・狭心症・糖尿病・腎臓病・脳梗塞・脳出血  
その他の病名 ( )

薬や食べ物などにアレルギーがありますか？ ない ・ ある **ある方**

タバコは吸いますか？ 吸う( 本/1日を 年間) ・ 吸わない ・ やめた( )年前

お酒は飲みますか？ 毎日飲む ・ たまに(飲酒機会) ・ 飲まない

女性の方へ  
現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？ いいえ ・ はい (妊娠 週目) 病院名:  
授乳中【お子様は ヶ月】

本日マイナ保険証をお持ちですか？ いいえ ・ はい **はいの方**  
マイナ保険証による診察情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

(40歳以上の方) はい ・ いいえ ・ 40歳未満

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？ **はいの方**  
(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) (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 (梅田町・鹿子前入口・口石・左石駅・市役所内)
- 病院の前を通過  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。