

問 診 票

年 月 日

フリガナ		生年月日	T.S.H.R 年 月 日
お名前	様		
ご住所	〒		電話番号 (携帯)
ご紹介者: (無 有) 1. 医師・患者さま(氏名: _____ 医院名 _____) 2. 友人・知人 3. 家族・親戚 4. 会社 5. インターネット			

■ どのような症状でお困りですか

- ▼ 耳(左・右・両) きこえにくい / つまった感じ / ひびく感じ / 水が入った感じ
耳鳴 / 耳だれ / かゆみ / 痛み / 耳あか
- ▼ 鼻 くしゃみ / 鼻水(水様・黄色) / 鼻づまり / 鼻血 / できもの / 痛み
嫌なにおいがする・においがしない / アレルギー検査希望
- ▼ のど・舌 痛み / 声がれ / せき / たん / 何かあるような感じがする / 口内炎
魚骨などの異物 / 味がわからない
- ▼ その他 めまい / いびき / 歯痛 / 頭痛 / ほほの痛み / 眼の奥が痛い
顔面神経まひ / 首のはれ / 耳の下のはれ痛み / 熱がある

■ いつから症状がありますか

日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

■ 他院で治療を受けましたか (はい いいえ) 病医院名: _____

■ 他院からの紹介状を持っていますか (はい いいえ)

■ 耳鼻咽喉科に関する手術を受けたことがありますか (はい いいえ)
病名: _____ 病医院名: _____ 手術年月日: _____

■ 何か病気(過去も含む)はありますか (はい いいえ)
糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 高尿酸血症(痛風) / 喘息 / 胃潰瘍 / 胃炎
肝臓病 / 腎臓病 / 心臓病 / 結核 / 血が止まりにくい病気 / その他:(_____)

■ 現在、薬を飲んでいますか (はい いいえ) 薬剤名: _____

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載省略可
※お薬手帳をお持ちの方は、手帳の提示により記載省略可

■ 何かアレルギーはありますか (はい いいえ わからない)

花粉: _____ ハウスダスト・ダニ・カビ 動物: _____
食物: _____ 薬: _____ その他: _____

■ 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか (はい いいえ わからない)

★ 男性の方: 前立腺肥大の指摘を受けたことがありますか (はい いいえ)

◆ 女性の方: 現在妊娠中ですか (はい 現在 ヶ月 いいえ 可能性あり 授乳中)

■ マイナ保険証による診療情報取得について (同意する 同意しない マイナ保険証未保持)

■ 1年以内に、特定健診または高齢者健診を受診しましたか ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載省略可
受診時期: _____ 月 _____ 日 指摘事項: _____

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。

◆ 医療情報・システム基盤体制充実加算(初診時)
加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない) 加算2 2点 (マイナ保険証を利用する)