

# 滝口耳鼻咽喉科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	
名前	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒
TEL	自宅：( ) - 携帯： - -

1. 今までに大きな病気をしたことや現在治療中の病気はありますか？  
( )
2. 糖尿病や緑内障はありませんか？ あり(糖尿病・緑内障) なし  
緑内障がある方へ：閉塞隅角緑内障ですか？ ( はい・いいえ・不明 )
3. 現在内服中のお薬はありますか？ あり・なし お薬手帳持参 あり・なし  
・お薬手帳のない方で薬名がわかる方は記入してください。  
( )
4. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？  
ない・ある (薬名： )
5. ジェネリック薬品(後発品)での処方でのよろしいですか？ ( はい・いいえ )
6. 女性の方は妊娠の可能性についてお答えください。 ( ない・ある(妊娠： カ月) 授乳中 )
7. 15歳以下の方は体重( )kg
8. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい・いいえ )

\*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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

のど	痛み(常に・時々) 違和感(物がつかえる・引っかかる) 咳 痰(白色・黄色・緑色) 声の出にくさ(あり・なし) 声がれ 腫れ その他( ) 症状はいつからですか？ ( )
はな	鼻汁(透明・白色・黄色・緑色、水っぽい・粘り気がある) 鼻がつまる ムズムズする 頬の痛み 鼻水が喉に流れる感じ 鼻血(右・左・両方) 匂いが分からない その他( ) 症状はいつ頃からですか？ ( )
みみ	聞こえにくさ(右・左) 耳鳴り(右・左) 耳痛(右・左) 耳閉感(右・左) 耳だれ(右・左) 耳垢 その他( ) 症状はいつ頃からですか？ ( )
めまい	揺れるような感じ 回るような感じ 気分不良 頭重感 その他( ) 症状はいつ頃からですか？ ( )
上記以外	症状( ) いつから ( )

F          °C    SpO2    %   ←職員記入