

耳鼻咽喉科 問診票

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

体温 _____ °C _____ % 身長 _____ cm 体重 _____ kg



以下の質問であてはまる項目に☑をいれて下さい。

1. 本日はどうされましたか？

2. 上記はいつからの症状ですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 上記症状で病院を受診したり、お薬を飲まれていますか？

有 無

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

4. 今までに、耳鼻科（当院、他院ともに）で診察、治療、手術を受けたことはありますか？

有（いつ頃： _____ 、内容： _____ ） / 無

5. 既往歴はありますか？ 分かれば（カッコ）の中に発症年齢を記載ください

糖尿病（ _____ 歳） 高血圧（ _____ 歳） 腎臓病（ _____ 歳） 肝臓病（ _____ 歳）
 癌（ _____ 歳） 喘息（ _____ 歳） 脳梗塞（ _____ 歳） 脳出血（ _____ 歳）
 結核（ _____ 歳） 狭心症（ _____ 歳） 心筋梗塞（ _____ 歳） 高脂血症（ _____ 歳）
 胃腸の病気（ _____ 歳） その他（ _____ ） なし

6. その他質問にお答えください

・手術歴 有（内容 _____ ） / 無
・輸血歴 有 / 無
・タバコは吸われますか 吸わない / 吸う 1日 / 本
・お酒は飲まれますか 飲まない / 飲む 1日 / 本
・アレルギー歴はありますか 有（内容： _____ ） / 無

<女性の方お答えください>

最終月経はいつからですか _____ 月 _____ 日 より _____ 日間
妊娠の可能性 有 / 無

【医療情報の利活用について】

当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。



らくの助
洛和会ヘルスケアシステム
公式キャラクター

ご協力ありがとうございました。当院は、予約診療をしておりますので、
予約以外の患者様は待ち時間が長くなる場合があります。