**【初診時問診票】**診察券番号No.

**ふりがな**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　T S H R 年　　　　月　　　日（　　　）歳（　　　）ヶ月　性別（　　　　）

身長（　　　　　　）cm　　　体重（　　　　　　）㎏　　　体温（　　　度　　　分）　　血圧（　　　 / 　 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　16歳以上　尿検　　可　　不可

１）マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？　　　はい　　　いいえ

２）他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　　　　　　　　はい　　　いいえ

３）本日、受診された症状について

　①症状に〇をつけて下さい。　（最もお困りの症状には◎）

　　　《耳》　　（右・左・両）　痛い　　かゆい　　汁が出る　　聞こえにくい　　つまった感じ　　耳鳴り　　めまい

　　　《鼻》　　くしゃみ　　鼻水（水鼻・粘性・膿み）　　鼻づまり　　鼻血　　顔面の痛み

　　　《のど》　のどが痛む　　飲み込みにくい　　異物感がある　　声がかすれる　　咳　　痰　　息苦しい

　　　　　　　　いびき　　首や顔のはれもの

　　　《そのほか》　　発熱　　栄養相談　コロナ後遺症（全身倦怠感　　味覚障害　　嗅覚障害）　など

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　②その症状はいつからですか？

　　　（　　　　　　　）日前から　　　（　　　　　　）ヶ月前から　　（　　　　　　　　）年前から

　③その症状で他の医療機関を受診されましたか？

　　　していない

　　　した　（いつ？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　どこ？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　説明内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

④今までにかかったことのある病気に〇をつけて下さい

　　　中耳炎　　副鼻腔炎（ちくのう症）　　アレルギー性鼻炎　　花粉症　　ぜんそく　　めまい

　　　糖尿病　　高血圧　　高脂血症　　心臓病　　肝臓病　　腎臓病　　膠原病　　悪性疾患

　　　手術　（いつ頃　　　　　　　　　　　　　　　何の手術　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤ふだんから飲んでいるお薬や健康食品など

1. でマイナ保険証にて診療情報取得に同意された方は、直近１ヶ月以内の処方薬をお知らせください

毎月、同じ処方薬がある場合は記載の必要はありません

例：高血圧の薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

例：グルコサミンのサプリメント（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

⑥これまでに入院や手術を要する大きな病気にかかったことがありますか？　　　はい　　　　いいえ

　　　病名、時期、医療機関名、治療内容など

( )

**〈ウラ面へつづく〉**

⑦これまでに薬や注射・食事などで体に異常が起きた事があれば教えてください

何のお薬、注射、食べ物？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

どんな異常が起きましたか？　（発疹　　喘息発作　　気分不良　　嘔吐　　意識障害　　ショック　）

　　　　その他：

⑧この１年間で健診（特定健診　および　高齢者健診）を受診しましたか？　　　　はい　　　　　いいえ

1. でマイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載の必要はありません

受診時期、指導事項　など　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨生活習慣について

　　たばこ：吸わない

　　　　　　　吸う　（１日　　　　本　　　　　年間）　　　　　以前吸っていた　（１日　　　本　　　　　　年間）

　　　　　　　家族が吸う　（父　　母　　祖父　　祖母　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　アルコール：飲まない

　　　　　　　　　 飲む (焼酎　　ビール　　日本酒　　ワイン　　発泡酒　　チューハイ　　ウイスキー　その他)

　　　　　　　　　　どれぐらい飲みますか？　　ほぼ毎日　　　時々　（　　　日に　　　本　・缶　・合　・杯）

　　運動：スイミング　ジョギング　　球技　　その他具体的に　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑩女性の方へ

　　妊娠について　　妊娠している（　　　　週目）　　　妊娠の可能性がある　　　妊娠を予定している

　　　　　　　　　　　　 妊娠していない

⑪５歳までのお子様のワクチン既往について

　　肺炎球菌　　未　　済　　　　　　　　　　ヒブ　　未　　済

⑫家族の方について

　　アレルギー性疾患がある　　　いいえ　　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　保育園児・幼稚園児・低学年児がいる　いいえ　　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※どのような診療をご希望ですか？

　　・十分な検査となるべく根本的な治療　　・とりあえず症状を抑えたい　　・現状を知りたい

　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◎ご協力ありがとうございました。

　　当院は、マイナ保険証や問診票などを通じて患者さまの診療情報を取得・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致します。

　　2024年６月改定　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　せんだい耳鼻咽喉科