

おおの耳鼻咽喉科クリニック【問診票】

※マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？【はい・いいえ】

※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？【はい・いいえ】

記入日：令和 年 月 日

ふりがな	住所 〒		
お名前	男 女		
大・昭・平・令	年齢	自宅電話 ()	体重
年 月 日生	歳	携帯電話 ()	()kg

★どのような症状で受診されますか？当てはまる項目に○をつけて下さい

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど	めまい
<ul style="list-style-type: none"> 耳掃除希望 耳痛 耳がかゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳がつまる感じ 耳の下が腫れている 首が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻づまり 鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻血(右・左) 臭いがしない アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い 声がかれる 声を出しにくい 咳 ・ たん のどがつまる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき 睡眠時無呼吸 	<ul style="list-style-type: none"> 目がまわる ふらつく 吐気がする だるい
その他	症状：()		
【いつ頃から症状がでましたか？】	・本日・昨日・()日前・()週間前・()ヶ月前～		
【他院でかかっている病気があれば病名をを教えてください】	なし・あり		
高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 肝臓病() 腎臓病() 脳梗塞 喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他()			
【現在服用中の薬はありますか？】	なし・あり⇒薬の名前()		
【食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください】	なし・あり 薬・食べ物の名前()		
【嗜好品についてお尋ねいたします】	()年前から 喫煙歴 ()本/日 ()年前から 飲酒歴 ()を()杯/日		
【女性の方へ】	現在妊娠中ですか？(いいえ ・ はい 週 ・ 不明) ★授乳中 ・ 一日 回		

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1：4点・加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)