

初診問診票

ID: _____

フリガナ		記入日	令和	年	月	日
氏名	男 女	生年 月日	大・昭 平・令	年	月	日 (歳)
電話	自宅： 携帯： (必要時、病院から連絡してよい番号)	住所	〒 _____			
ご職業						

☆発熱 °C→いつから 日前 / 時間前から ☆体重 k g
 ・喫煙 (しない・ 年前まで・する 本/日× 年) ・飲酒 (しない・たまに・週数回・毎日)

☆小学生以下の方は、希望される薬の形態を教えてください→ 錠剤 / こな / シロップ / 院長にお任せ

(1) 症状はいつ頃からですか→ 今日 / 日前 / か月前 / 年前

(2) 一番お困りの症状は何ですか? [_____]

みみ	(右・左・両方) 痛い・耳だれ・聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴り・耳あか・かゆい 耳鳴り(静かな時・常に・眠れない)
はな	つまる・鼻水 (透明・白・黄 / 緑) ・ムズムズする・くしゃみ・鼻血・においがしにくい
せき	いつ(1日中・時々・朝・日中・寝る前・夜間) ・眠れない・えずく・吐いた
のど	痛い・イガイガする・たん・声がかれる・息がしにくい つまった感じ・胸やけ・酸っぱいものが上がる・ゲップが増えた
その他	頭痛・首のはれ・口内炎・味が分かりにくい・めまい ・いびき・睡眠時無呼吸・アレルギー検査希望・補聴器作成希望

(3) 今飲まれているお薬はありますか? _____ ↓お薬手帳お忘れの方はご記入願います↓

・なし ・あり (お薬手帳提出) ・あり (薬名: _____)

(4) 以下の病気を指摘されたことはありますか? ・指摘されたことはない

・高血圧 ・不整脈 ・心臓病 ・糖尿病 ・ぜん息 ・アトピー ・胃潰瘍 ・緑内障 ・がん
 ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・結核 ・その他 (_____)

◇通院されている医療機関名 (_____)

(5) 薬のアレルギーについてお聞きします。

お薬 (飲み薬、注射) で気分が悪くなったり じんましんが出たり あわなかったことがありますか?

・なし ・あり (薬名: _____)

痛み止めの注射 (歯の治療や傷を縫ったときなど) でアレルギーがでたことがありますか?

・なし ・あり ・今までに使用したことがない

(6) 女性の方はお答えください ・妊娠していない ・妊娠の可能性ある ・妊娠 週目 ・授乳中

(7) この1年間の健康診断で耳・鼻・のど・くびの異常を指摘されましたか? ・はい ・いいえ

(8) 当院のことをどちらでお知りになりましたか? (複数可)

・診療所前の看板 ・18号線沿いの看板 ・駅の看板 (JR 星田 / JR 寝屋川公園)

・家族が受診 ・知人の紹介 ・インターネット ・市役所の封筒 ・タウンページ

その他 (_____) ・他院からの紹介 (紹介状があればスタッフにお伝えください)

ご記入ありがとうございました (裏面もご確認ください) いなおか耳鼻咽喉科 住 □ 問 □ ス □ ア □

当院はマイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証）できる体制を整えています。
マイナ保険証の利用や問診票等により診療情報を取得・活用することで、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（健康保険証を利用して保険資格確認） 4点

加算 2（マイナ保険証を利用して保険資格確認） 2点