

耳鼻咽喉科問診カード

年 月 日

ふりがな		年齢	身長	体重
名前		歳	cm	kg

(小学生の方は必ずお書きください)

①、いつからですか？

②、どこがお悪いのですか？ (一番困っている症状をお書きください)

③、他に困った症状はありますか？

④、この病気で今までに治療を受けたことはありますか？

ない

ある 【いつどこで受けましたか？

】

⑤、今までにかかった、または、現在治療中の病気はありますか？

ない

ある 【病気の名前：

】

(例：高血圧・糖尿病・肝炎・喘息など)

⑥、現在服用している薬はありますか？

ない

ある 【お薬の名前：

】

⑦、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか？

ない

ある 【お薬の名前：

】

⑧、【女性の方のみ】妊娠している可能性はありますか？

ない

ある

⑨、コロナワクチンを接種したことがありますか？

ない

ある 【 回】 最終接種日【 年 月】

⑩、コロナウイルスの感染歴はありますか？

ない

ある 発症日【 年 月 日】 解除日【 年 月 日】

⑪、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか？

はい

・

いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。