

高根耳鼻咽喉科問診票 ver.5.4w

電話番号 _____ - _____ - _____

ふりがな

お名前 : _____

男 ・ 女 ____歳 ____ヶ月 体重 ____kg
(お子さんは体重を)

◎お薬や食べ物でのアレルギーがあった方はお書き下さい。

ない ・ ある 薬品名 : _____ 症状 : 下痢 ・ 発疹 ・ 胃痛 ・ その他

◎薬で眠くなったことが ある ・ ない
薬で下痢しやすい ある ・ ない
薬で胃が痛くなる ある ・ ない

◎タバコを吸っていますか 吸ってない 吸っている(1日____本) 禁煙した

◎他院からの紹介状をお持ちですか はい ・ いいえ

◎耳鼻科以外で入院、手術などをされた方、現在かかっているご病気がありましたらお書き下さい。

糖尿病 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他) ・ 脳梗塞 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・
胃潰瘍 ・ 結核 ・ 血が止まりにくい ・ 熱性けいれん ・ その他 _____

◎現在使っているお薬がある方はお書き下さい。お薬手帳などをお持ちの方はお見せ下さい。

内服なし 内服あり(_____)

◎今まで耳鼻科にかかったことのある場合は時期と病名または症状をお書き下さい

時期 : _____ 病名 : _____

◎小学校未満のお子様への質問です。現在集団保育を受けていますか？

幼稚園 ・ 保育園 ・ なし

◎女性の方への質問です。妊娠中または授乳中の方は○を付けてください

妊娠している(ヶ月) 妊娠の可能性ある 授乳中 どちらも無い

☆当院をどの様にお知りになったか、差し支えなければお書きください。

知人から聞いて ・ 家族が受診している ・ 看板を見て ・ 船橋市民便利帳 ・ インターネット

電話帳 ・ 他院で聞いて ・ その他 ()

★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。