

◀耳鼻咽喉科

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 /身長 cm /体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

| | |
|--|---|
| 1. 症状は？ | |
| 2. いつからですか？ | |
| 3. 部位（場所）はどこですか？ | <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 4. 今までの治療の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ） |
| 5. 本人がかかったことがある、または治療中の病気 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 痙攣発作（ひきつけ） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 6. 現在服用している薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名（ ） |
| 7. 薬や注射で具合が悪くなる | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名（ ） |
| 8. 食品で具合が悪くなる | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品名（ ） |
| 9. 本人へ病名を告知して良いか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |
| 10. 月経 | <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 （ 歳頃 ） |
| 11. 最終生理 | 月 日から 月 日まで |
| 12. 妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中 |
| 13. 煙草 | <input type="checkbox"/> 全く吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている 1日 本を 年間 |
| 14. 酒類 | <input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 飲んでいて <input type="checkbox"/> 飲んでいる 1日ビール 本 清酒 合 |
| 15. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

ありがとうございました

2022年10月17日改訂