

診察券番号	生年月日	体重※15歳未満のみ	フリガナ	性別
	年 月 日	kg	氏名	男・女
住所			電話番号	
〒				

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	はい・いいえ 医療機関名 ()
いつ頃からの症状ですか？	()
発熱はありますか？	はい・いいえ () 日前から () 日間 最高 () °C
症状に該当するものがあれば選択してください。 <small>※複数選択可 ※選択の項目に該当するものがない場合は、その他のところに記入をお願いします。</small>	右側 ・ 左側 ・ 両側 <input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 耳が痒い <input type="checkbox"/> 耳だれがでる <input type="checkbox"/> 耳が腫れる <input type="checkbox"/> 耳垢が気になる <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳が詰まる <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 音が響く・煩わしい <input type="checkbox"/> 自分の声が響く・呼吸の音が聞こえる <input type="checkbox"/> めまい (<input type="checkbox"/> 回転する <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 目の前が暗くなる/立ち眩みような感じ) <input type="checkbox"/> その他 ()
	右側 ・ 左側 ・ 両側 <input type="checkbox"/> くしゃみがでる <input type="checkbox"/> 鼻水がでる <input type="checkbox"/> 鼻が詰まる <input type="checkbox"/> 鼻がかゆい <input type="checkbox"/> 膿性の鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻が奥に流れる <input type="checkbox"/> 鼻の痛み <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 鼻血がでる <input type="checkbox"/> その他 ()
	右側 ・ 左側 ・ 両側 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 嚥下時の痛み <input type="checkbox"/> 扁桃腺が痛い <input type="checkbox"/> 声がかれる <input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> のどが詰まる感じ <input type="checkbox"/> のどの異物感 <input type="checkbox"/> 咳がでる (<input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 痰が絡む咳) <input type="checkbox"/> 食べ物がむせる <input type="checkbox"/> 口内炎がある <input type="checkbox"/> 魚骨を引掛けた <input type="checkbox"/> 味がわからない・味がおかしい <input type="checkbox"/> 性病の検査を希望 (<input type="checkbox"/> 淋菌 <input type="checkbox"/> クラミジア) <input type="checkbox"/> その他 ()
	その他 <input type="checkbox"/> 首の痛み <input type="checkbox"/> 首の腫れ <input type="checkbox"/> 耳の周囲や顎の腫れ <input type="checkbox"/> いびき無呼吸 <input type="checkbox"/> 顔が動かしにくい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> その他 ()
	耳 <input type="checkbox"/> 聴力検査 <input type="checkbox"/> めまい検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 起炎菌同定のための菌検査
	鼻 <input type="checkbox"/> 副鼻腔レントゲン検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 起炎菌同定のための菌検査
	のど <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 起炎菌同定のための菌検査
	他 <input type="checkbox"/> 簡易いびき検査 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス検査 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルス検査 <input type="checkbox"/> 溶連菌迅速検査 <input type="checkbox"/> アデノウイルス検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
	検査希望はありますか？
	希望する薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他 ()

マイナ保険証による 診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ
この1年間で健診（特定 健診および高齢者健診に 限る）を受診しましたか？	はい ・ いいえ 受診時期（ ） 指摘事項（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能
現在かかっている 医療機関	あり ・ なし（ ）
現在、治療中の病気は ありますか？	はい ・ いいえ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在、飲んでいる お薬はありますか？	はい ・ いいえ（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方箋を除いて記載は省略可
これまでに大きな病気に かかったことが ありますか？	はい ・ いいえ 病名（ ） 時期（ ） 医療機関名（ ） 治療内容（ ）
今日と同じ症状に対して 治療を受けていた方は 服薬の内容を 教えてください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 服薬の内容
今までの耳鼻科治療での 疑問点、不安点、 ご不満なところがあれば 教えてください	
お薬や食べ物 のアレルギーはありますか？	はい ・ いいえ 食べ物（ ） 薬（ ）
喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日あたり 本 喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 禁煙した [年前から] 当時（1日あたり 本 喫煙歴 年）
飲酒されていますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む [週 日] 種類・量（ ）
[女性の方] 妊娠中あるいは妊娠の 可能性、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中（ 才 ヶ月） <input type="checkbox"/> いいえ
当院をどちらで お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 先生の紹介 <input type="checkbox"/> 通院していた <input type="checkbox"/> その他（ ） 知人の紹介（ ）さん 先生の紹介（ ）先生