

ふりがな		年齢	男	大正・昭和・平成・令和	世帯主（被保険者）との続柄
お名前			女	年 月 日生まれ	
ご住所	〒 市・郡・区				固定電話
					携帯電話

小児は体重をご記入ください（ kg）

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか
☐ はい ☐ いいえ

1、どうされましたか？（丸〇を付けて下さい、複数可、最もひどい症状は◎）

耳

どちらが⇒ 右 ・ 左 ・ 両側

痛い・かゆい・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・つまった感じ・自分の声がひびく・湿疹
その他→

鼻

鼻汁がでる（水はな・ねばねば・どろどろ・悪臭）・鼻づまり・鼻汁がのどに流れる・鼻が痛い
くしゃみ・鼻がかゆい・しっしん・においが感じない（弱い）・鼻がくさく感じる・鼻血
その他→

のど
・
口

のどが痛い・扁桃腺が（痛い・はれてる）・口（舌・粘膜）が痛い・口（舌・粘膜）にできもの
声が（かすれる・でない）・のどがつまる感じ・いがらっぽい・飲み込めない・味がしない
せき・たん・ゼーゼーする・息苦しい・その他→

めまい

ぐるぐるまわる（寝る時・起床時・頭を動かす）・ふわふわする（立つ時・歩く時）・吐気・頭痛
手足のしびれ・頭の検査をしたことがある（いつ どこで C T ・ M R I ・ 不明）

その他

目がかゆい・首が（はれた・痛い）・顔が（はれた・痛い）・頭痛
上記以外の症状→

2、いつからですか？ （ 日・週・月前から） （ 年前にも同様の症状があった）

3、今までに病気をされたことはありますか？（ある ・ なし）
ある場合→アトピー・喘息・じんましん・高血圧・糖尿・肝・腎疾患・肺炎・結核・（ ）がん
心疾患（ ）・血が止まりにくい病・てんかん・けいれん（最後は 歳頃）
その他→

4、今までに薬を飲んで異常が起きたことはありますか？（ある ・ なし）
ある場合→

5、食べ物（果物）や金属のアレルギーはありますか？（ある ・ なし）
具体的に→ 、アナフィラキシーの経験は（ある・なし）

6、今までに手術を受けたことはありますか？（耳鼻科以外も）（ある ・ なし）
ある場合→ちくのう・鼻づまり・耳（鼓膜切開を含む）・扁桃腺・その他

7、現在治療中の病気を教えて下さい、薬は服用中ですか？（病名 ）
（薬の名前 ）
（医療機関 ）

8、女性の方にお聞きます（妊娠・授乳について） 授乳中ですか？（ ヶ月の乳児）
妊娠の可能性や妊娠の治療は？（あり・なし・不明）医療機関・週数（ ・ 週）
授乳や妊娠での服薬希望はありますか？（あり・なし）医療機関に相談はされていますか？（あり・なし）

9、薬を飲むと（市販の風邪薬など）眠くなりやすいですか？（あり ・ なし）

10、花粉症の方にお聞きます 具体的に希望の治療はありますか？（あり・なし）
具体的な治療法は（内服薬 点鼻 点眼 レーザー治療
舌下免疫療法・その他 ）、 車を運転されますか？（仕事・通勤・時々・なし）
（効果が弱くても副作用の少ない薬・少し眠くなるが効果の強い薬）どちらが良いと思いますか？

11、全ての診療に対してご希望・ご要望などありましたら遠慮なくお書きください