

耳鼻咽喉科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男 女

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg (測定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

1. 今日どのような理由で来院されましたか？ (いつ頃から・どこに・どのような症状が起きましたか)

.....  
.....  
.....

2. 以前かかった病気はありますか

- 高血圧 腎臓病 糖尿病 心疾患 リウマチ 呼吸器疾患 肝臓疾患 前立腺肥大  
婦人科疾患 がん 脂質異常症 認知症 その他 (.....)

3. 今までに手術を受けたことがありますか いいえ はい

(手術名.....)

4. 現在服用している薬はありますか いいえ はい ⇨薬手帳参照 薬手帳ない場合は下記に記入

(薬剤名.....)

5. 血のつながりのあるご家族で、下記の病気の方がいらっしゃいますか？それはどなたですか？ いない

- 高血圧 (.....) 糖尿病 (.....) 癌 (.....)  
脳血管疾患 (.....) 心疾患 (.....) その他 (.....)

6. 現在受診されている病院はありますか いいえ はい

(病院名.....)

6. アレルギーはありますか いいえ はい (内容：.....)

7. 体の中に金属などの埋没はありますか いいえ はい (内容：.....)

8. タバコは吸いますか？

- ・吸っている ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 本/日) 電子タバコ ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 本/日)
- ・吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日) 電子タバコ ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日)
- ・吸ったことがない

9. 飲酒の習慣はありますか？

- ・頻度 毎日  \_\_\_\_\_ 回/週  \_\_\_\_\_ 回/月
- ・飲酒量  1合未満  1～2合未満  2～3合未満  3合以上

9. 女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？ または妊娠中ですか？ いいえ はい (妊娠.....ヶ月)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
_____	_____	_____
氏名	関係	☎
_____	_____	_____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし       配偶者と2人暮らし       その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請     申請中     申請済 (  要介護 1・2・3・4・5     要支援 1・2     非該当 )

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

地域包括： \_\_\_\_\_ 事務所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

ケアマネ： \_\_\_\_\_ 事務所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

生活保護ケースワーカー： \_\_\_\_\_ 役所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい       悪い話は聞きたくない

ご要望： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください