OTOLARYNGOLOGY (EAR, NOSE, THROAT)

耳鼻咽喉科問診票

Medical corporation JINOKAI

Name（名前）		Date of birth（生年月日）	Year month day		
		Age（年齢）		Occupation（職業）	
Home address（ご住所）	〒 —		Phone number（電話番号）		
			( )		
			Body temperature（体温） ℃		
Body weight（体重） kg	Male（男） Female（女）		Nationality（国籍）		
Are you pregnant or breastfeeding?（妊娠もしくは授乳していますか？） Yes(___month) No breastfeeding（授乳中）					
Do you have health insurance?（健康保険を持っていますか？） Yes(Please submit) No					

☆Please circle the applicable items.（該当する項目に○をつけて下さい）

①What are your symptoms?（どうしましたか？）

I had a fever. (___℃)熱があった My head is heavy.頭が重い have a headache.頭が痛い

【ear problems 耳の症状】 right 右 ・ left 左 ・ both 両方

earache 耳痛 discharge 耳だれ ringing in the ears 耳鳴 earwax 耳垢 feel dizzy めまい

difficulty in hearing 聞こえが悪い a feeling of ear closure 耳閉感

【nose problems 鼻の症状】

stuffy nose 鼻閉 runny nose 鼻水 sneezing くしゃみ bleeding 鼻血 snoring いびき

can't smell 匂いがわからない

【throat problems のどの症状】

have a sore tongue 舌が痛い sore throat のどが痛い cough 咳 phlegm 痰 be hard to swallow 飲み込みにくい

hoarseness 声がれ a feeling of discomfort in throat のどの違和感 swollen face/neck 顔・頸部は腫れた

other problems その他

【How long have you had these problem? それはいつからですか？】

Since ___year___month___day

②Do you have any food or medication allergies?薬や食べ物でアレルギーが出ますか？

Yes(medication 薬 food 食べ物 other その他) No

③Please tell me if you have a medical history.持病があれば教えて下さい

④Are you currently taking medication?現在飲んでいる薬はありますか？

Yes(if you have any with you now,please show them to me.持っていれば見せて下さい) No

※Our hospital strives for high-quality medical care by acquiring and utilizing medical information. In order to obtain and utilize accurate information,we ask for your cooperation in using the Maina insurance card. Personal information is not used outside of medical treatment under the Personal Information Protection Act.