

問診票（初診・再診）

診察の参考にいたします。分かるところだけで結構ですのご記入お願いいたします。

体温	°C	平熱	°C	。お子様が受診の方はお子様の体重	Kg
----	----	----	----	------------------	----

ふりがな 氏名	生年月日 大・昭・平 年 月 日	年齢 才
住所 〒		
携帯番号	電話番号	

① 本日はどうなさいましたか（○印をつけてください）

- ・耳 … 聞こえにくい（右・左）、耳鳴り（右・左）、耳がつまる（右・左）、痛い（右・左）
耳だれ（右・左）、かゆい（右・左）、耳あか
- ・鼻 … くしゃみ、鼻みず（みずばな・黄色・緑色）、鼻づまり（右・左）、鼻血（右・左）
かさぶたができる、においがしない、花粉症
- ・のど … のどが痛い、痰がからむ、咳が出る、声がかれる、飲み込みにくい、口内炎
味がしない、のどがつまる（違和感がある）、首がはれている
- ・めまい … ふらふらする、ぐるぐる回る
- ・熱が出ている（ °C ） ・頭痛がする
- ・その他（)

② その症状はいつからありますか？ ※大事な事ですので必ず記入してください

今日から？ 2、3日前から？ 一週間前から？ 何か月前から？ 何年前から？

()

③ 今日と同じ症状に対してどこかで治療を受けた方はお薬などを記入してください。

()

④ 今の症状で何か心配している病気などがあれば教えてください。

()

⑤ 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。

()

⑥ 。たばこを吸いますか？ 【 はい（1日約 本）・いいえ 】 。お酒を飲みますか？ 【 はい・いいえ 】

⑦ 耳鼻科で治療や手術を受けたことがありますか？ 【 はい・いいえ 】

治療内容を教えてください。()

⑧ 今、別の病院にかかっていますか？ 【 はい・いいえ 】 かかっている方は病院名と病名を書いてください。

病院名 () 病名 ()

⑨ 当てはまるものに○印をつけてください。

喘息 / 痙攣（けいれん） / 胃潰瘍 / 糖尿病 / 高血圧 / 結核 / 腎疾患 / 心臓病 / 緑内障
前立腺肥大 / 重症筋無力症 / B型肝炎 / C型肝炎 / なし

⑩ 現在飲んでいる薬があれば、薬名をお書きください。 【 有・無 】 薬名 ()

※お薬ノートがあれば記入せず、受付にそちらを提出していただくだけで結構です。

⑪ 薬のアレルギーはありますか？薬で発疹やかゆみなど出たことがありますか？ 【 はい・いいえ 】

薬名 ()

⑫ 女性の方に質問です。 ※お薬やレントゲンの参考にします

。現在、妊娠していますか？ 【 はい・いいえ ・分からないが可能性はある 】 (ヶ月・ 週)

。現在授乳中ですか？ 【 はい・いいえ 】

⑬ 風邪薬やアレルギーの薬で眠気が出たことがありますか？ 【 はい・いいえ 】

⑭ 6歳以下の方に質問です。託児所、保育園、幼稚園に通っていますか？ 【 はい・いいえ 】

★当院を選ばれたきっかけを教えてください ()