

問 診 票

ふりがな.....

大・昭

平・令

年 月 日生 (年齢 歳)

名 前

男・女

15歳未満のお子様 (体重 kg)

住 所 〒 _____

電話番号 ()

携帯電話 ()

1. 熱はありますか？ いいえ・はい () °C
2. 本日はどのような症状で受診されましたか？○をつけてください。一番困る症状に◎をつけてください。

| | |
|-------|---|
| 耳の症状 | 【右・左・両】 耳が痛い 耳だれ 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳鳴り ふさがった感じ 耳掃除をしてほしい、補聴器相談 |
| 鼻の症状 | 鼻水がでる (透明・ねばい・ ^{うみ} 膿 のよう) 鼻がつまる くしゃみ 鼻が痛い 鼻血がでる (右・左) 頬や顔が痛い 悪臭がする においがわからない 鼻水がのどへ流れる 花粉症 目のかゆみ アレルギー性鼻炎 アレルギー検査希望 舌下免疫療法希望 |
| のどの症状 | のどが痛い のどの違和感、つまった感じ 飲み込みにくい 声がかすれる 息が苦しい 咳がでる 痰がでる |
| くちの症状 | 口内炎ができた 舌が痛い 味がわからない できもの |
| その他 | めまいがする (ぐるぐる ふわふわ) ⇒ 初めて 以前もあった くびが腫れている 顔が動かない いびき 睡眠時無呼吸症候群検査希望 () |

3. その症状はいつごろからですか？
4. 今回の症状で他の医療機関で治療を受けましたか？
いいえ・はい (いつ: _____ 医療機関名: _____)
お薬の名前 (お薬手帳がありましたら提出してください): _____
5. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？
胃潰瘍 肝炎 腎臓病 高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 熱性けいれん
ぜんそく アトピー その他 (_____)
6. 普段から飲んでいるお薬がありますか？
いいえ・はい お薬の名前 (お薬手帳をお提出してください): _____
7. 今までに薬や麻酔や食物アレルギーはありますか？
いいえ・はい (薬、食物の名前 _____)
8. お子様への質問です。お薬の種類についてご希望がありましたら記入してください。
錠剤 粉末 シロップ その他 (_____)
9. 嗜好品についてお尋ねします。
・喫煙歴 1日 本 年間 以前は吸っていた (1日 本 年間)
・飲酒歴 _____ を1日 杯 年間
10. 女性の方への質問です。
現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？
いいえ・はい (ヶ月) (出産予定日 年 月 日)
現在授乳中ですか？
いいえ・はい
11. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)
①近所・通り掛り ②家族・知人からの紹介 ③職場が近い ④ホームページ ⑤その他(_____)