

## 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・ <sup>うみ</sup> 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 ( )