

問 診 票

(No.)

ふりがな	生年月日	体重
お名前	男・女 明・昭 大・平 令	年 月 日(才)
住 所	自宅 () 携帯 ()	— —
		kg

皆様をお待たせしないよう努力しています。できるだけ詳しくお書き下さい。

1. 本日は**どんな症状**で来院されましたか(□の中にするしをつけて下さい) □発熱 () °C)

耳 (右・左・両方)

- 耳が痛い
- 耳だれがでる
- 聞こえが悪い
- 耳がふさがった感じ
- 耳がかゆい
- 耳鳴りが気になる
- めまいがする (別紙有)
- 耳あかを取ってほしい

鼻

- 鼻水が出る
- 鼻づまり
- くしゃみ
- 鼻血がでる
- においがわからない

のど

- のどが痛い
- せき・たん
- 声がかすれる
- つかえ感、異物感
- 扁桃腺がはれる

くび

- くびがはれている(リンパ節など)
- 甲状腺が心配

□その他 (具体的に書いて下さい)

2. 上記の症状はいつから始まりましたか

月 日頃より・ 日前・ 週間前・ カ月前・ 年前

3. 現在、他の医院、病院で治療を受けていますか

①受けていない ②受けている ②の方(病名) (院名)

4. 今まで大きな病気や手術を受けたことがありますか

- ない ある…病名：耳鼻咽喉科の病気(病名)
- 高血圧 心臓病 喘息 アトピー性皮膚炎などのアレルギー
- 糖尿病 肝臓病 腎臓病 結核 前立腺肥大 緑内障 性病
- その他(病名) (手術)

5. 現在、服用中の薬又は常備薬がありますか

ない ある () ()

6. 薬のアレルギーはありますか

ない ある…薬の名：Aピリン等(風邪薬) B抗生剤() Cコード(イソジン)
Dその他()

7. タバコは吸いますか

吸わない 吸う…1日 本

8. その他、ご希望があればお書き下さい

- 聴力検査 補聴器相談 アレルギーの検査 胃薬の併用希望 漢方治療
- めまいの精密検査 その他()

9. 受診された理由

看板 電話帳 インターネット 知り合い、友人の紹介 近くだから

10. 女性の方へ

現在妊娠中ですか

いいえ はい(妊娠 カ月) わからない 授乳中

11. 小児の方へ

のめないタイプの薬がありますか

何でも飲める 錠剤 カプセル 粉薬 水薬

この情報は診療以外使用しません。