

# 問 診 票

(No. )

|      |                        |        |
|------|------------------------|--------|
| ふりがな | 生年月日                   | 体重     |
| お名前  | 男 女<br>明・昭<br>大・平<br>令 | kg     |
| 住 所  | 自宅 ( )<br>携帯 ( )       | -<br>- |

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 ( )℃

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: ㊦ピリン等 (風邪薬) ㊧抗生剤 ( ) ㊨ヨード(イソジン)  
 ㊩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、ご要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