

問 診 票

(No.)

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

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(□の中にしるしをつけて下さい) □発熱 () °C)

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 耳 (右・左・両方) | 鼻 | のど |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 耳だれがでる | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> せき・たん |
| <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ | <input type="checkbox"/> 鼻血がでる | <input type="checkbox"/> つかえ感、異物感 |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれる |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りが気になる | くび | |
| <input type="checkbox"/> めまいがする (別紙有) | <input type="checkbox"/> くびがはれている(リンパ節など) | |
| <input type="checkbox"/> 耳あかを取ってほしい | <input type="checkbox"/> 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ヨード(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

当院は診療情報を取得し質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

この情報は診療以外使用しません。