

問診票

年 月 日

ご氏名	フリガナ	男 女	生年月日	大平昭令	年 月 日(満 才)	熱	度
ご住所	〒					携帯電話	() -
						固定電話	() -

1. 今日はどうされましたか(□の中にチェック(レ点)をつけてください。複数可)

※複数しるしをつけた方は一番つらい症状に○をおつけください。

- | | | |
|---|--|---|
| <p>● 耳 (右・左・両方)</p> <p><input type="checkbox"/> 耳が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 耳だれ</p> <p><input type="checkbox"/> 聞こえにくい</p> <p><input type="checkbox"/> つまった感じがする</p> <p><input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 耳がかゆい</p> <p><input type="checkbox"/> 耳あかをとってほしい</p> | <p>● 鼻</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻水(黄色・緑色・白色・透明)</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/> くしゃみ</p> <p><input type="checkbox"/> 臭いがわからない</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻血(右・左・両方)</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻が痛い <input type="checkbox"/> 鼻がかゆい</p> | <p>● のど</p> <p><input type="checkbox"/> のどの痛み</p> <p><input type="checkbox"/> せき・痰がでる</p> <p><input type="checkbox"/> つかえ感、異物感</p> <p><input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれる</p> <p><input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> いびき</p> <p><input type="checkbox"/> のどがかゆい</p> |
| <p>● 口</p> <p><input type="checkbox"/> 口の中の痛み</p> <p><input type="checkbox"/> 味がわからない</p> <p><input type="checkbox"/> 舌がおかしい</p> | <p>● 頸部(くび)</p> <p><input type="checkbox"/> くびがはれている</p> <p><input type="checkbox"/> 首が痛い</p> | <p>● めまい</p> <p><input type="checkbox"/> ぐるぐるまわる</p> <p><input type="checkbox"/> ふわふわする</p> <p><input type="checkbox"/> 吐き気がある</p> |
| <p>● その他 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 目がかゆい</p> | | |

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください。

2. 上記の症状はいつ頃からですか。

今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

3. 1の症状、病気で、現在もしくは最近まで他院で治療等を受けていたことがありますか

なし あり (わかれば病名をお書きください)

[病名: _____ 病院名: _____]

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか。

なし

あり [病名] 耳鼻いんこう科の病気・手術(_____)

高血圧 糖尿病 緑内障 アレルギー性鼻炎

C型肝炎 B型肝炎 A型肝炎 喘息

結核 その他(_____)

5. 現在、服用中の薬はありますか。

なし あり [薬の名前] (_____)

お薬手帳がある(ご提示ください。)

6. 今までに薬や注射で体に異常をおこしたことがありますか

なし あり [薬の名前: _____]

7. 女性の方へ 現在、妊娠していますか

いいえ はい(_____ ヶ月) わからない 授乳中

8. 家族の方が当院を受診されたことはありますか はい いいえ

9. 当院は何でお知りになりましたか (複数可)

家族より 知人より 近所、通りがかり インターネット 看板

電話帳 医療機関より紹介 その他(_____)