

問 診 票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
氏 名	様		
住 所	(〒 -)		
電話番号	() -	身長 (cm) 体重 (kg)	※15歳未満の方のみご記入ください

- ① こちらのクリニックをどのようにして知りましたか。
 近所 ・ 路面看板 ・ ホームページ ・ クチコミサイト ・ 電話帳
 ご紹介 (ご家族・知人 _____ 様) ・ その他 ()
- ② いままでに大きい病気、手術をしたことがありますか。 (ある ・ ない)
 (時期) (病名・手術名)
- ③ いままで下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか。 (ある ・ ない)
 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病
 結核 ・ けいれん発作 ・ 緑内障 ・ その他 ()
- ④ 現在内服中のお薬がありますか。 (ある ・ ない)
 薬の名前 ()
 お薬手帳をお持ちですか。 (はい ・ 持ってきていない ・ いいえ)
お薬手帳をお持ちの方は、受付スタッフにお預けください。
- ⑤ いままでお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんがでたことがありますか。
 (ある ・ ない)
 ある方は、そのお薬、食べ物の名前をおしえてください。()
- ⑥ タバコを吸いますか。 (吸う ・ 吸うのをやめた ・ 吸わない)
 どれくらい吸いますか、吸っていましたか。
 1日約 () 本 × () 年間 () 年前にやめた
- ⑦ 女性の方へ 現在妊娠していますか。(はい [妊娠 週] ・ 分からない ・ いいえ)
 現在授乳していますか。 (はい ・ いいえ)
- ⑧ お薬をお出しする場合、院内処方、院外処方のご希望をおしえてください。
 (院内処方を希望 ・ 院外処方を希望 ・ どちらでもよい)

症状についておうかがいします。2枚目へおすすみください。

どうまえ耳鼻咽喉科

今日はどうなさいましたか。あてはまるものに記入もしくは○をつけてください。

「みみ」の症状

いつ頃から () どちらの耳ですか (右 ・ 左 ・ 両方)
聞こえにくい ・ 痛い ・ 耳だれ ・ つまった感じ ・ 自分の声が大きく聞こえる
耳なり ・ 耳あか ・ ゴミが入った ・ かゆい ・ その他 ()

「はな」の症状

いつ頃から () どちらの鼻ですか (右 ・ 左 ・ 両方)
つまる ・ 鼻みず (黄色・透明・混じっている) ・ においが弱い ・ くしゃみ ・ 鼻血
痛い (鼻・ほほ・眼のまわり) ・ かゆい ・ 鼻みずがのどに流れる
その他 ()

「のど」の症状

いつ頃から ()
痛い ・ 飲みこみにくい ・ のどにひっかかり感がある ・ 声がかすれる ・ ガンが心配
セキ ・ タン ・ いびきをかく ・ その他 ()

「くち」の症状

いつ頃から ()
痛い (口の中・舌・くちびる) ・ 口が渇く ・ はれる (口の中・舌・くちびる) ・
できものがある (口の中・舌・くちびる) ・ 味が弱い ・ その他 ()

「くび・顔」の症状

いつ頃から ()
痛い (くび・顔) ・ できもの (くび・顔) ・ 顔の動きが悪い ・ その他 ()

「めまい」の症状

- ・ いつ頃からですか。 ()
- ・ どのようなめまいですか。
くるくるまわる ・ グラグラゆれる ・ ふわふわ浮く ・ その他 ()
- ・ めまいの発作はだいたいどれくらい続きますか。 ()
- ・ めまいを繰り返しますか (はい ・ いいえ)
- ・ めまい以外の症状がありますか (はい ・ いいえ)
吐き気 ・ 聞こえがおかしい ・ 耳鳴りがする ・ 手足が動かない
手足がしびれる ・ 物が二重に見える ・ ろれつが回らない ・ ものが飲み込めない
その他 ()
- ・ 今まで同じようなことがありましたか (はい ・ 今回が初めて)

ご協力ありがとうございました。診察の順番がくるまでしばらくおまちください。

どうまえ耳鼻咽喉科