

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		ご住所 〒	
お名前		男	女
明・大・昭・平・令	年齢	自宅電話	体重
年 月 日生	歳	携帯電話	※12歳以下の方 kg

今日はどうされましたか？

体温 ()℃

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
耳掃除希望	鼻すい希望 (あり・なし)	のどが痛い
耳痛	鼻づまり	声がかれる
耳がかゆい	鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色)	声を出しにくい
耳だれ	くしゃみ	咳・たん
聞こえにくい	鼻水がのどに流れる	のどが詰まる感じ
耳鳴り	鼻血 (右・左)	のどの違和感
めまい	匂いがしない	首が腫れている
耳がつまる感じ	アレルギー検査希望	息が苦しい
耳の下が腫れている		いびき・睡眠時無呼吸

いつ頃から症状が出ましたか？	本日・昨日・()日前・()週間前・()ヶ月前から
その他症状があればお書き下さい	
他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください	あり ・ なし 病院名：
高血圧 糖尿病 心疾患 緑内障 脳梗塞 喘息 胃潰瘍 高脂血症	肝疾患 () 腎疾患 () 前立腺肥大 その他 ()
現在、服用中の薬はありますか？ ☆お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。	あり ・ なし 薬の名前：
食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。	あり ・ なし ありの方。薬や食べ物の名前：
嗜好品についてお尋ねします	喫煙歴 ()本/日を ()年 飲酒歴 ()を ()杯/日
女性の方へ	現在妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい)ヶ月・不明) 現在授乳中
ご来院のきっかけについてお尋ねします	家の近く・会社や学校の近く・インターネット・ ビル看板・パンフレット・ご家族からの紹介・知人や病院からの紹介 ご紹介者お名前()病院名 ()

～他にご質問等ございましたら、お気軽にスタッフまでお声かけください～