

問診表

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒				
TEL			体重（小児のみ）		Kg

当院を受診したきっかけは何でしょうか？

知人の勧め（ さん）・通りがかった・インターネット・電話帳・看板・その他（ ）

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ

ある：高血圧・糖尿病・高脂血症・B型肝炎・C型肝炎・喘息・梅毒・AIDS・その他

今まで、耳鼻科で入院治療や手術を行ったことがありますか？ いいえ

ある：

現在、使用している薬や注射がありますか？ いいえ

ある：

薬や食べ物でアレルギーがありますか？ いいえ

薬の種類（

食べ物の種類（

たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい 一日_____本（_____歳～_____歳）

お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい 一日ビール_____本・日本酒_____合・その他

薬はジェネリックが希望ですか？ いいえ ・ はい

薬の種類はどれがよいですか？ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ

（女性の方のみ）

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

今日はどのような症状で来院されましたか？

いつから：今日・昨日・_____日前・_____週前・_____ヶ月前・_____年前

耳）右耳が 左耳が 両耳が 耳掃除

痛い ・ かゆい ・ 聞こえが悪い ・ つまる

鼻）透明な鼻水 ・ 黄色い鼻水 ・ つまる ・ においがわからない ・ くさいにおいがする

痛い（左・右・両）・出血する（左・右・両）

のど）痛い（食事が食べられないほど痛い）・違和感がある ・ 口内炎がある

咳 ・ 痰 ・ 詰まっている ・ 飲み込みにくい ・ 声がかれる

花粉症）くしゃみ・鼻水・鼻詰まり・目のかゆみ・のどのかゆみ（もっとも辛いものに2重丸をつけて下さい）

季節は_____月～_____月、一年中

血液検査の希望は： ない ・ ある

その他）（熱がある場合 °C)

