

## 問診票

お名前	フリガナ		体温 °C		体重 kg	
	男 ・ 女	月 日	生 年	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生		
ご住所	〒			1週間以内に 発熱のあった方 月 日に 最高で °C		
お電話		携帯電話		職業		

※分かる範囲でお書きください

1. お困りの症状はいつからですか？

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

2. どのような症状ですか？ (□の中に☑をつけてください 複数可)

**耳**

耳が痛い (右・左)

耳だれが出る (右・左)

聞こえが悪い (右・左)

耳がふさがった感じ (右・左)

耳鳴りがする (右・左)

耳がかゆい

耳あか除去希望 (右・左)

補聴器希望 (右・左)

**その他**

めまい     ふらつき     頭痛     頭が重い     顔のまひ曲がり (右・左)

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

**鼻**

鼻水が出る

鼻づまり (右・左)

くしゃみ

鼻血 (右・左)

においがしない

鼻汁がのどにおりる

頬が痛い (右・左)

花粉症 (目のかゆみ 有・無)

**のど**

のどが痛い

つかえ感、異物感

声がかすれる

せき

たん

いびき

口内炎

味がしない

3. 当院以外で他院で治療などを受けていたことがありますか？

ない     ある (病名 病院名) )

4. 現在、他の病院で処方されて飲んでいる薬はありますか？

ない     ある (病名 薬剤名) )

5. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気・手術歴はありますか？

ない     糖尿病     高血圧     喘息     心臓病     肺疾患     花粉症     アトピー性皮膚炎  
 緑内障     胃潰瘍     逆流性食道炎     (A・B・C)型肝炎  
 脳梗塞     脳出血     その他 ( )

6. 各種検査をご希望ですか？

アレルギー検査     イムノキャップ (こどものアレルギー検査)     聴力検査     特になし     応相談

7. 薬を飲んだり、注射を受けたときに具合が悪くなったり、体に発疹・発赤が出たことはありますか？

ない     ある (薬剤名 ))

8. 女性の方へ 現在妊娠中・妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

いいえ     妊娠 週     妊娠の可能性あり     授乳中

ご記入ありがとうございました。