

問診票

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_  
生年月日 T・S・H・R 年 月 日  
連絡先 (電話)：自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_  
住所： 〒 \_\_\_\_\_

1. どのような症状ですか？ (あてはまるものを○で囲んでください)

耳：(右・左) 痛み・かゆみ・耳だれ・難聴・耳鳴り・耳のつまり感・耳あか・めまい・顔のまひ曲がり

鼻： 鼻つまり・鼻水・鼻水がのどに下がる・くしゃみ・鼻出血・

いびき・痛み・異物感・乾燥感・鼻がくさい・あおっぱなが出る・ほほの痛み

のど： 痛み・食べ物の飲み込みにくさ・異物感・違和感・声がかれる・味がしない

その他にあればお書き下さい。

2. 上記の症状について

①いつからですか？

②ここへ来るまでに治療をうけましたか？ いいえ・はい

どんな治療をうけましたか？

どこで治療をうけましたか？

どのくらいの期間治療を受けましたか？

3. 現在、他の病院で処方されて飲んでいる薬はありますか？

病名 \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

4. 今までにかかった病気 (あてはまるものを○で囲んでください)

糖尿病 高血圧 喘息 心臓病 肺疾患

胃炎 胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞 脳出血 緑内障 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 薬を飲んだり、注射をうけた時にショックを起こしたり、体に発疹・発赤が出たことはありますか？

ない ・ ある そのお薬の名前 \_\_\_\_\_

6. 各種検査をご希望ですか？ (○で囲んで下さい。)

アレルギー検査 イムノキャップ 聴力検査 特になし

7. 女性の方にお聞きします。

妊娠していますか？ いいえ・不明・はい (出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ・はい

ご協力ありがとうございました。