

問 診 票

診察券番号		記入日	年 月 日
フリガナ		体温	°C
氏名		体重	kg
		性別	男・女
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	

1. 本日受診された症状はどれですか？(あてはまる症状すべてに○をつけてください。)
- ◆鼻・アレルギー……鼻みず(透明・黄色・緑色)・鼻づまり(右・左)・くしゃみ・鼻血(右・左)・花粉症・目のかゆみ・においがしない
 - ◆耳・めまい……聞こえにくい(右・左)・耳がつまる(右・左)・耳鳴り(右・左)・耳だれ(右・左)・痛い(右・左)・かゆい(右・左)・耳あか・めまい(ぐるぐる回る・ふらふらする)
 - ◆のど・くび……のどが痛い・痰がからむ・声がかれる・飲み込みにくい・咳が出る・のどがつまる(違和感がある)・胸やけ・ゲップ・口内炎・味がしない
 - ・首がはれている・甲状腺の相談・いびきの相談・発熱(最高 °C)・頭痛
 - ・その他()
2. いつから症状がありますか？ ()
3. ご本人について教えてください
- 1) 今までにかかった病気や受けた手術はありますか？
 なし・肝臓の病気(B型肝炎・C型肝炎・その他)・腎臓の病気・心臓の病気・糖尿病・喘息・高血圧・胃・十二指腸潰瘍・緑内障・前立腺肥大・てんかん
 その他()
- 2) 現在治療中の病気や飲んでいる薬はありますか？
 なし・あり()
- 3) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
 なし・あり()
- 4) 妊娠中ですか？ はい(ヶ月)・いいえ・わからない
 授乳中ですか？ はい・いいえ
- 5) 飲める薬の種類に○をつけてください。錠剤・粉・シロップ
- 6) 喫煙(本/日×年)・飲酒(/日)
4. 当院を受診したきっかけを教えてください。Web検索・看板を見て・紹介されて(他院・知人・家族)
5. 今までに耳鼻科で治療を受けて、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。
 ()