

問 診 票

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	男 ・ 女	年齢	体重(小学生以下)
氏名		歳	kg
住所	電話番号		
〒			

当院は初めてですか？ はい ・ いいえ(_____ 年前頃)

現在の症状にあてはまるものにチェックマークを付けるか○で囲んでください

◆症状はいつ頃からですか？

今日 () 日前から () 週間前から () ヶ月前から

◆熱はありますか？ はい いいえ (体温: _____ 度)

《高い熱がある方、インフルエンザなどが疑われる方はお知らせ下さい。院内でも測定します。》

【耳】

どちらの耳ですか？ (右 左)

- 痛い
- 耳だれ
- かゆみがある
- きこえが悪い
- 耳がふさがったみたい
- 自分の声が響く
- 耳垢
- 耳鳴りがする
- めまいがする

その他(_____)

【鼻】

つまる(右 左)

- 鼻水
- くしゃみ
- 鼻汁がのどにまわる
- 頭が重い(まえ うしろ)
- においがわからない
- いびきをかく
- 鼻血がでる(右 左)

【のど】

痛い(常に 飲み込むとき)

- 何かできた、異物感がある
- 声がかすれる
- 咳が出る(一日中 夜間)
- 痰がつかえる
- 飲み込むときにつかえる
- 骨を刺した(煮魚 干物 その他)
- 扁桃腺炎を起こしやすい

(1年に _____ 回くらい)

◆今まで次の病気になったことがありますか？

高血圧 糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患 喘息 胃潰瘍 心臓疾患 その他(_____)

◆手術などあれば教えてください

(_____)

◆現在他院で治療を受け、薬を飲んでいますか？ はい いいえ 病院・医院名(_____)

◆くすり(内服、注射)、歯科麻酔などで発疹がでたり、気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ
↳「はい」の方は例えばどんなものでなりますか？(_____)

◆今までにアレルギー体質といわれたことがありますか？ はい(_____) いいえ

◆女性の方へ: 現在授乳中ですか？ はい いいえ

妊娠していますか？ はい【 _____ ヶ月】 いいえ よくわからない

◆嗜好品: たばこ(_____ 本/日) ・ お酒(_____ 合/日) ◆入れ歯、義歯 ある ない

◆どのようにして当院を知りましたか？ 紹介状 知人から 看板 インターネット

ご記入ありがとうございました。

本橋耳鼻咽喉科医院