

問診票

印刷・記入してご持参くださいますと受付がスムーズに進みます。

令和 年 月 日

お名前	フリガナ	昭・平・令	年	月	日生	歳
		※14歳以下の方 体重	kg	体温		℃
ご住所	〒	携帯電話 — —				
		固定電話 — —				

あてはまる症状に○をつけてください。

耳・めまい	鼻	のど
・ かゆい・痛い（右・左・両方）	・ 鼻水（透明・汚い）（右・左・両方）	・ 痛い・イガイガする
・ 聞こえにくい（右・左・両方）	・ 鼻づまり（右・左・両方・不明）	・ 咳がでる
・ つまっている（右・左・両方）	・ くしゃみ	・ 痰がでる
・ 耳鳴りがする（右・左・両方）	・ 目がかゆい	・ 飲み込みにくい
・ 耳だれ（右・左・両方）	・ 鼻血（右・左・両方）	・ つまった感じ
・ 耳あか（右・左・両方）	・ においが(分からない・分かりにくい)	・ 味が分かりにくい
・ 回転するめまい	・ 鼻水がのどに流れる 後鼻漏	・ 首が（腫れている・痛い）
・ ふらふらするめまい	・ (鼻・ほっぺ・おでこ)が痛い（右・左・両方）	・ 腫瘍が無いかが心配

- ・ 上の症状はいつからですか？ 今日から・（ ）日前・（ ）週間前・（ ）か月前・（ ）年前
- ・ 上の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ ・ はい → 病院名

- ・ 今までかかった病気や治療中の病気はありますか？
いいえ ・ はい → 喘息・糖尿病・前立腺肥大・高血圧・B型肝炎・C型肝炎・胃潰瘍・心臓病・腎臓病
緑内障・その他（ ）

- ・ 薬や食べ物、注射でじんましんやショックなどのアレルギーが出たことがありますか？
いいえ ・ はい → 痛み止め・熱さまし・抗生剤・ピリン系薬剤・麻酔の注射・その他（ ）

- ・ 飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せください。
いいえ ・ はい → 高血圧薬・血をサラサラにする薬・糖尿病薬・前立腺肥大の薬・その他（ ）

- ・ 嗜好品について お酒を飲みますか？ 飲まない・やめた・時々飲む・毎日飲む
たばこを吸いますか？ 吸わない・やめた・吸う

- ・ お薬の剤形希望はありますか？ いいえ ・ はい → 錠剤・粉薬・シロップ

- ・ 女性の方 妊娠していますか？ いいえ ・ はい → （ ）週 ・ 可能性がある ・ わからない
授乳していますか？ いいえ ・ はい

- ・ その他の症状・伝えたいことがあればお書きください。