

問 診 票

ふりがな 名前 _____	大・昭 平・令	年 _____	月 _____	日生 (年齢 歳)	
住所 〒 _____	電話() _____	15歳以下のお子様(体重 _____ kg)			
	携帯 _____				

①本日はどのような症状でこられましたか？○をつけてください。

耳	(いつごろから _____) (右・左・両方) 聞こえにくい 痛い 耳だれ かゆい 耳鳴り つまった感じ 耳あか 異物が入った 自分の声が響く その他(_____)
鼻	(いつごろから _____) (右・左・両方) つまる はなみず(黄色・水っぽい) くしゃみ 鼻血 痛い かゆい はなみずがのどに落ちる ニオイがわかりにくい 異物が入った 花粉症(目がかゆい) その他(_____)
のど □	(いつごろから _____) 痛い(のど・口の中・舌) せき 痰 声がかれる 飲み込むと痛い のどに違和感 ガンが心配 のどに異物がつまった 味がわかりにくい その他(_____)
くび 顔	(いつごろから _____) (右・左・両方) くびに腫れ物がある ほほが痛い ほほが腫れている 甲状腺について 耳の下が腫れている あごの下が腫れている 顔面のゆがみ その他(_____)
めまい	(いつごろから _____) ぐるぐるまわる ふわふわする 立ちくらみがする 吐き気
熱	無・有(_____ °C) (いつ _____)

② 今回の症状で、他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい(いつ: _____) どちらの病院: _____)

③ いままでにお薬や注射、食べ物で体に異常が出たことがありますか？

ない ある お薬や食べ物の種類(_____)
症状(発疹 気分不良 嘔吐 ショック その他: _____)

④ 耳鼻科の病気で手術あるいは入院したことがありますか？

ない ある(_____)

⑤ 現在治療中、もしくは以前にかかったことのある病気はありますか？(手術や入院も含みます)

B・O型肝炎 (_____)	肝臓病 (_____)	心臓病 (_____)
緑内障 (_____)	糖尿病 (_____)	腎臓病 (_____)
前立腺肥大 (_____)	高血圧 (_____)	ぜんそく (_____)
熱性けいれん (_____)	結核 (_____)	胃潰瘍 (_____)
じんましん (_____)	71β-性皮膚炎 (_____)	

その他 _____)

⑥ 普段から飲んでおられるお薬があれば教えてください

⑦ たばこは吸われますか？ 吸う(_____ 本/日 _____ 年間) 吸わない

⑧ アルコールは飲まれますか？ 飲む(_____ /日 _____ 年間) 飲まない

⑨ 女性の方への質問です

● 現在妊娠あるいはその疑いがありますか？ ● 現在授乳中ですか？
いいえ はい(_____ 週間) いいえ はい(_____ ヶ月)

その他ご相談されたいことがありましたらご記入ください。