

記入日 令和 年 月 日

# 問診票



ID(クリニック記載)

氏名	ふりがな	男・女	電話	自宅	-	-	
				携帯	-	-	
住所	〒 □□□-□□□□	生年月日	大正・昭和	年	月	日	才
			平成・令和				
		職業					
		体重	※15歳未満の方のみ	kg	体温	。	

紹介状 **あり・なし** 本日はどのような症状で来院されましたか？マルで囲んでいただき、必要時ご記入ください。

耳	痛い・かゆい・耳鳴り・耳だれ・耳あか・聞こえにくい・耳がつまった感じ ※耳鳴りはどのような音ですか？ その症状は( 右・左 )いつ頃からですか？
鼻	鼻がつまる・鼻水( でのる → 色がついている・ついていない )・くしゃみ・においがしない いびき( 無呼吸あり・なし )・鼻血 その症状は( 右・左 )いつ頃からですか？
のど	痛い・つまった感じ・飲み込みにくい・声( でない・かれている )・痰がからむ・息苦しい 咳がでる( 乾いている・痰がからむ ) その症状はいつ頃からですか？
その他	めまい( ぐるぐる・フラフラ )・吐き気・頭が重い・頭が痛い・顔にしびれがある 首が腫れている どのあたりですか？ 口の中( が痛い・にできものがある ) どのあたりですか？ その症状はいつ頃からですか？

上の項目に当てはまらない場合はご記入ください。

● 今回の症状で治療をお受けになったことはありますか？ ( ある ・ ない )  
いつ、どこで、どのような治療を受けられましたか？

{ 詳細: }

● 今までかかったことがあるご病気や、現在治療中のご病気はありますか？  
( 喘息・前立腺肥大・緑内障・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他 )

{ 詳細: }

● 今までに手術や輸血の経験はありますか？ ( ある ・ ない )

{ 詳細: }

● 現在お飲みのお薬はありますか？ ( ある ・ ない ) お薬手帳の持参 ( あり ・ なし )

{ お薬の名前: }

● アレルギーはありますか？ ( ない ・ 食べ物 ・ お薬 ・ 花粉 ・ ハウスダスト ・ その他 )

{ 食べ物やお薬の名前: }

{ 採血で調べたことが ( ない ・ ある → それはいつどこで調べられましたか? ) }

● たばこは吸われますか？ ( 吸う ・ 吸わない )

{ 1日 本 / 歳から } [過去に吸っていた → 歳から 歳まで / 1日 本]

● お酒は飲まれますか？ ( 飲む ・ 飲まない )

{ 種類や量、頻度: }

女性の方へ ● 現在妊娠中またはその可能性はありますか？また、授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ ・ 授乳中 )  
{ 出産予定日: 年 月 日 }

15歳未満の方へ ● 熱性けいれんをおこしたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )  
● お薬の形状にご希望はありますか？ ( 粉薬 ・ 錠剤 )

どうやって「ハザマ耳鼻咽喉科」をお知りになりましたか？

( ホームページ ・ 看板 ・ 知り合いのご紹介 ・ 建て替え前に通っていた ・ その他 {