

問 診 票

西暦 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 西暦 年 月 日生 () 歳		
氏名					
住所	(〒 - -)				
電話番号	固定 (- -) 携帯 (- -)	15歳以下の方 体重 (kg)	体温 (°C)		

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目の部位、症状に○をつけてください。

耳 (右・左・両側)	・痛い ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・かゆい ・耳あか ・耳がふさがった感じ ・自分の声が響く
鼻 (右・左・両側)	・鼻水(黄色・白色・水鼻) ・鼻づまり ・くしゃみ ・鼻血 ・においが分かりにくい ・鼻がくさい ・鼻がのどにたれる
のど	・痛い ・声がかすれる ・異物感(違和感)がある ・口内炎 ・咳が出る ・痰が出る ・痰に血が混じる
くび・顔	・腫れ物ができた ・耳の下が腫れた ・あごの下が腫れた
めまい	・ぐるぐる回る ・体がふわふわ浮いた感じがする ・立ちくらみがする
その他(右に記入)	

2. 症状はいつからですか。
()
3. 以前に同じようなことがありましたか。
ない ・ ある (それはいつ頃ですか？)
4. 今までどちらかで治療を受けましたか。
受けない ・ 受けた (いつ頃： 病院名：)
5. 今までにかかった病気(継続治療中の病気も含む)に○をつけてください。
ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎)・糖尿病・胃十二指腸潰瘍
前立腺肥大・緑内障・脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・悪性腫瘍()
その他 ()
4. 今現在、定期受診や投薬を受けていますか？
いいえ ・ はい (病名：)
(病院名：)
5. 薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？
ない ・ ある → ある方は具体的にご記入ください。(いつ、薬剤の種類、症状など)
()
6. 薬、食物にアレルギーなどありますか？
ない ・ ある → ある方は具体的に記入してください。(いつ、薬剤・食物の種類、症状など)
()
7. たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい(1日 本、喫煙歴 年)
8. 飲酒の習慣はありますか？ いいえ ・ はい(毎日・週 日位、飲酒量： 、飲酒歴： 年)
9. 女性の方のみお答え下さい
妊娠中ですか？ いいえ ・ はい(現在 週(力月))
授乳中ですか？ いいえ ・ はい
10. 来院されたきっかけは何ですか？
知人からのご紹介・家族からのご紹介・医療機関からの紹介・ホームページを見て・通り道で
パンフレットをみて・チラシをみて・電柱看板をみて・近いから

★中学生までの方の診察には初診・再診にかかわらず保護者の付き添いが必要です。
★高校生までの患者さんに対して採血等侵襲のある検査をする場合は保護者の同意を得てからとなります。

記入が終わりでしたら、受付にお渡しください。
お薬手帳がございましたらお出しください。

もも耳鼻咽喉科