

問診票

20 年 月 日

(ふりがな)

おなまえ

男 / 女

電話番号 ()

携帯番号 ()

(〒 -)

住所

大 昭
生年月日 平 令 年 月 日 歳

※本日の来院目的は？(耳・鼻・のど・めまい・その他)

お子様のみ体重 kg

どのような症状で来られましたか？

① みみ (みぎ・ひだり)

- ☐ かゆい
- ☐ いたい
- ☐ 耳だれ
- ☐ きこえにくい
- ☐ 耳鳴り
- ☐ つまった感じ
- ☐ よく触る

② めまい

- ☐ くるくる回る
- ☐ ユラユラゆれる
- ☐ きこえにくい
- ☐ 耳鳴りがする
- ☐ 頭や身体の動きに合わせてまわる
- ☐ 手足のしびれや麻痺

③ はな

- ☐ つまる
- ☐ 鼻水 (透明・黄色・粘稠)
- ☐ くしゃみ
- ☐ かゆい
- ☐ においがしない
- ☐ 鼻血 (右・左)
- ☐ 頭痛・頭重感
- ☐ 鼻水がのどに降る
- ☐ レーザー治療の相談
- ☐ 舌下免疫療法の相談 (スギ・ダニ)

④ のど

- ☐ いたい
- ☐ 飲み込みにくい
- ☐ 息がしにくい
- ☐ 声がかかる
- ☐ 味覚がおかしい
- ☐ 舌がいたい
- ☐ のどに違和感(異物感)を感じる
- ☐ せき
- ☐ たん

⑤ その他

- ☐ 目のかゆみ
- ☐ 吐き気
- ☐ 熱がある (°C)
- ☐ 腫れ物がある (場所:)
- ☐ いびき・無呼吸

⑥ 上記以外 ()

⑦ 上記症状はいつからありましたか？

☐ 昨日から ☐ () 日前から ☐ () ヶ月前から ☐ () 年前から

⑧ お薬アレルギーがありますか。 (ない・ある ⇒ 薬剤名 : 症状:)

⑨ 食物でじんましんが出たことはありますか (ない・ある⇒)

⑩ 医師よりアレルギー体質と言われたことはありますか
(ない・ある⇒)

⑪ 次の病気はありますか？ 糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・脳梗塞・喘息・緑内障

⑫ 喫煙 (ない・ある 本/日 × 年) ⑬ 飲酒 (本/日) を 本/日)

⑭ 以前に大きな病気をされましたか (ない・ある⇒)

⑮ 治療中の病気がありますか (ない・ある⇒)

⑯ 内服中のお薬を教えてください (薬剤名 :)

⑰ (女性の患者様へ) 妊娠の可能性はありますか (ない・ある 週)

⑱ (女性の患者様へ) 授乳中ですか (いいえ・はい 回/日 歳 カ月)