

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) ② めまい ③ はな
 かゆい くるくる回る つまる
 いたい ユラユラゆれる 鼻水 (透明・黄色・粘稠)
 耳だれ きこえにくい くしゃみ
 きこえにくい 耳鳴りがする かゆい
 耳鳴り 頭や身体の動きに合わせてまわる においがしない
 つまった感じ 手足のしびれや麻痺 鼻血(右・左)
 よく触る 頭痛・頭重感
 ④ のど ⑤ その他 鼻水がのどに降りる
 いたい 目のかゆみ レーザー治療の相談
 飲み込みにくい 吐き気 舌下免疫療法の相談(スギ)
 息がしにくい 熱がある (_____ °C)
 声がかれる 腫れ物がある (場所: _____)
 味覚がおかしい いびき・無呼吸
 舌がいたい
 のどに違和感(異物感)を感じる
 せき
 たん

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 (_____ 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 _____ 月)