

問診票

ID

体温	℃ (院内)	記入日	令和 年 月 日
フリガナ		ご職業	
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 西暦	年 月 日	歳
住所	〒 -		
電話番号	自宅	携帯	

*再診時、住所・電話番号に変更がある場合はご記入下さい。

1・本日はどうなさいましたか (○印を付けてください)

- 耳 聞こえにくい (右・左) ・ 痛い (右・左) ・ 耳鳴り (右・左)
耳だれ (右・左) ・ 耳がつまる (右・左) ・ かゆい (右・左) ・ 耳あか
- 鼻 鼻づまり (右・左) ・ 鼻水 (みずばな ・ 黄色 ・ 緑色) ・ くしゃみ
鼻血 (右・左) ・ においがしない ・ 花粉症
- のど のどが痛い ・ 声がかれる ・ 咳が出る ・ 飲み込みにくい ・ 痰がからむ
口内炎 ・ 味がしない ・ のどがつまる (違和感がある) ・ 首がはれている
- ・いびきの相談 ・めまい…ふらふらする ・ぐるぐる回る
- ・熱がでている ・ 頭痛がする ・その他 ()

2・いつ頃から症状がありますか ()

3・ご本人についてお尋ねします

- 1) 持病はございますか？
喘息 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃・十二指腸潰瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
その他 ()
- 2) 現在治療中のご病気はございますか？また服用中のお薬はございますか？
あり () ・ なし
- 3) 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
あり () ・ なし
- 4) 服用形態のご希望を、1～3の順にお知らせください。
錠剤 () ・ 粉 () ・ シロップ ()
- 5) 次のうち、あてはまるものがありましたら○印を付けて下さい。
A)ジェネリック医薬品を希望 B)なるべく薬の服用は避けたい C)服用できない時間帯がある (時頃)
- 6) 体重を教えてください 体重 _____ kg
- 7) 喫煙 (本/日、 年) 飲酒 (/日)
- 8) 現在妊娠中ですか？ はい (ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
授乳中ですか？ はい ・ いいえ

4・これまでの耳鼻咽喉科治療で、問題点・不安点・不満な点があれば教えてください。

()

5・当院をお知りになられたきっかけを教えてください (○印を付けて下さい・複数可)

- () 電話帳をみて () 看板 () 当院のホームページをみて
- () 当院以外のインターネットサイトをみて () 当院の携帯ホームページをみて
- () 友人・知人 (氏名:) さんから聞いて () 家族・親族から聞いて
- () 他の医療機関に聞いて (紹介を含む) () 近所だから () その他 ()