

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男	生年	大正・昭和	年	月	日生
氏 名	様	・ 女	月日	平成・令和		(	歳)
住 所	(〒 - )						
電話番号	-	-	体重(15歳未満)	発熱 ( °C)			
携帯番号	-	-	( Kg)				

①診察の参考にいたしますので、詳しい症状を教えてください。○をつけてください。

主な症状には◎をつけてください。

みみ (いつごろから ) ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ  
⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が大きく聞こえる  
⑩その他 ( )

はな (いつごろから ) ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

①つまる ②はなみず(黄鼻・水鼻) ③くしゃみ ④鼻出血 ⑤痛い ⑥かゆい  
⑦鼻水がのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った  
⑩花粉症 ⑪目がかゆい ⑫その他 ( )

のど・口 (いつごろから )

①痛い(のど・口の中・舌) ②せき ③痰 ④声がかれる ⑤飲み込むと痛い  
⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった ⑨味がわかりにくい  
⑩その他 ( )

くび・顔 (いつごろから )

①くびに腫れ物がある ②ほほが痛い ③ほほが腫れている ④甲状腺について  
⑤耳の下が腫れている ⑥アゴの下が腫れている ⑦顔面のゆがみ  
⑧その他 ( )

めまい (いつごろから ) (症状 )

その他 いびき 睡眠時無呼吸症候群 ナステント

②その他、次の事項についてご記入ください。○をつけてください。

\* 今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？  
ある(糖尿病・緑内障・前立腺肥大症・喘息・高血圧症・心臓病・その他 ( ) ) ・ ない

\* 現在、お薬を飲んでいますか？ [お薬手帳をお持ちの方はご提示ください]  
はい(薬の名前 \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

\* 今までにお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんま疹が出たことがありますか？  
ある(薬の名前や食べ物の種類 \_\_\_\_\_ ) ・ ない

\* たばこは吸われますか？ 吸う ( 本/日 \_\_\_\_\_ 年間 ) ・ 吸わない  
\* アルコールは飲まれますか？ 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない

\* 女性の方へ 現在妊娠あるいはその疑いがありますか？ ある(妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ ない  
わからない ・ 現在授乳中

# めまい問診票

令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	様

## めまいの方にお尋ねします。

今回のめまいはいつおこりましたか

めまいは何をしているときにおこりましたか

- ① 朝起きた時や夜寝返ったときなど、体を動かしたあと
- ② 食事やテレビをみているときなどじっとしていたとき
- ③ その他

最初に起こっためまいはどのようなめまいでしたか

- ① グルグル目の前のものがまわる、あるいは自分自身がまわる
- ② 船に乗っている感じ、または雲の上を歩いているかのようにフワフワする
- ③ その他

めまいはどのくらいの時間続きましたか

- ① 体や頭を動かすとめまいがおきるが、わりと早くにおさまる
- ② 横になってじっとしていてもかなりの時間、めまいは続いた
- ③ その他

めまいが起こったときに耳の聞こえが悪い、耳がつまる感じ、または耳鳴りなどがありましたか

- ① 特に感じなかった
- ② 耳症状を自覚した
- ③ 現在も続いている
- ④ その他

その他にめまいと共に起こった気になる症状はありませんでしたか

- ① 特に感じなかった
- ② 頭痛
- ③ 手足や口の周りのしびれ
- ④ その他

さか耳鼻咽喉科クリニック

カルテ  
No.