

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