

問 診 表

年 月 日

御名前	(カナ)	男 ・ 女	昭平令 年 月 日生 () 歳	
			14歳以下の場合 体重 kg	体温 () °C
御住所	〒	携帯電話 — —		
		固定電話 — —		

✓せきはありますか？ (ない ・ ある)

✓今日はどうされましたか？

通常診察 ・ 定期検診 ・ 健診で受診指示 ・ 補聴器相談 ・ アレルギー治療 ・ いびき ・ 睡眠時無呼吸の相談

✓症状について教えてください。(症状がなければ、記載しなくて結構です)

今日から 昨日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

耳	鼻	のど
1. 耳が痛い (右、左、両方)	9. 鼻水 (緑・黄・白・水鼻)(右、左、両方)	17. のどが痛い
2. 聞こえにくい (右、左、両方)	10. 鼻がつまる (右、左、両方、不明)	18. 食べものが飲み込めない
3. つまっている (右、左、両方)	11. くしゃみ	19. のどがつまった感じ
4. 耳だれ (右、左、両方)	12. 鼻血 (右、左、両方)	20. 声が出にくい
5. 耳あか (右、左、両方)	13. においが(分からない・分かりにくい)	21. 息苦しい
6. 耳がかゆい (右、左、両方)	14. 鼻水がのどに流れる	22. 味が分かりにくい
7. グルグル回るめまい	15. (鼻・頭)が痛い(右、左、両方、不明)	23. くびが腫れている
8. フラフラするめまい	16. その他 ()	24. その他 ()

その他の症状があればお書きください ()

上の症状で他の病院を受診されましたか？ (いいえ ・ はい)

✓いままでかかった病気や治療中の病気はありますか？

(ない ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 前立腺肥大 ・ 高血圧 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 緑内障
その他 ()

✓薬や食べ物、注射でじんましんやショックなどのアレルギーが出たことがありますか？

(いいえ ・ はい → 痛み止め ・ 熱さまし ・ 抗生剤 ・ ピリン系薬剤 ・ 麻酔の注射 ・ その他 ())

✓飲んでいる薬はありますか？お薬手帳があれば、記載せずに、受付に提出してください。

(ない ・ 高血圧薬 ・ 血をサラサラにする薬 ・ 糖尿病薬 ・ 前立腺肥大の薬 ・ その他 ())

✓嗜好品について お酒を (飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ 毎日飲む)

たばこを (吸わない ・ やめた ・ 吸う)

✓女性の方へ 妊娠していますか？ (なし ・ あり () 週 ・ 可能性がある ・ わからない)

授乳していますか？ (していない ・ している)

✓検査や処置について できるだけ詳しく ・ 最低限必要な範囲で ・ 医師にまかせる ・ わからない

✓当院をどのようにお知りになりましたか？

家族が受診 ・ 家が近い ・ 家族や親戚から ・ 知人から ・ 通りすがり ・ 安松幼稚園関係 ・ 他医療機関から
ホームページ ・ ネット地図(google mapなど) ・ ドクターズファイル ・ その他 ()

✓特に伝えたいことがあればここにお書きください。