

No. _____

問診票

記入日：

フリガナ _____

お名前： _____ 男・女

生年月日： 大・昭・平 年 月 日

〒

() 歳

ご住所： _____

電話番号： () _____

※小学6年生までの方はご回答ください 体重 kg

■いつ頃から具合が悪いですか？ () 日前から () 週間前から () カ月前から () 年前から

■どのように具合が悪いのか○をつけてください 一番困る症状には◎をつけてください

耳 (両側・右・左)： 痛い 耳だれがでる かゆい 耳垢 聞こえにくい 耳鳴り めまい
 耳がふさがった感じ 耳の下が腫れている 補聴器相談
 その他 ()

鼻： くしゃみがでる 鼻水がでる (鼻水の色 黄・緑・透明) 鼻がつまる
 匂いがわからない 鼻血がでる 花粉症 その他 ()

のど： 痛い 痰がでる 咳がでる 声が^か嘎れる 違和感がある
 食事がとりにくい その他 ()

上記以外の症状： 頭痛 目がかゆい 頸^{くび}が腫れている 熱がある () °C いびき
 舌下免疫治療について聞きたい・治療を始めたい
 その他 []

■現在他院にて処方されている薬はありますか？ ※おくすり手帳お持ちの方は窓口へご提出ください
 いいえ ・ はい → (薬の名前)

■今までに薬で気分が悪くなったり、発疹やショックをおこしたことはありますか？
 いいえ ・ はい → (薬の名前 症状：)

■以下の病気にかかったことはありますか？またはかかっていますか？
 糖尿病 ・ 胃、十二指腸潰瘍 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 肝炎 (B、C、その他) ・ 心臓病
 腎臓病 ・ 喘息 ・ その他 ()

■食物アレルギーはありますか？
 いいえ ・ はい → 卵 ・ 牛乳 ・ その他 ()

■耳鼻科の手術を受けたことはありますか？
 いいえ ・ はい → (年 月頃 手術名：)

■妊娠中、授乳中の方 → 妊娠 週 ・ 授乳中

■タバコを吸いますか？
 いいえ ・ はい → 1日量 本

■希望されるお薬の形状 (錠剤 ・ 粉 ・ シロップ)

※記入が終わりましたら受付スタッフにお渡しください

入	ス
---	---

～ご協力ありがとうございました～