

No. \_\_\_\_\_

# 問診票

記入日：

フリガナ		性別	生年月日 ( ) 歳
お名前		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 _____	※携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号をご記入ください	
		電話番号	( )

※小学6年生までの方のみご回答ください 体重とお薬のご希望をお聞かせください

体 重 \_\_\_\_\_ kg 粉 薬 ・ シ ロ ッ プ ・ 錠 剤 ・ な ん で も よ い

◆当院を何でお知りになりましたか？該当する事項に○をつけてください

家族・知人の紹介       インターネット       通りがかり       折り込みチラシ       バス広告  
 ポスター       電柱広告       デジタルサイネージ       その他 ( )

## 本日の症状について

■ いつ頃からですか？ ( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) カ月前から ( ) 年前から

■ 当てはまる項目に○をつけてください 一番困る症状には◎をつけてください

みみ	どちらの耳ですか？ ( 右 ・ 左 ・ 両側 ) 痛い 耳だれ 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 ( )
はな	くしゃみがでる 鼻水が出る (鼻水の色 黄 ・ 緑 ・ 透明) 鼻がつまる 匂いがわからない 鼻血が出る 花粉症 その他 ( )
のど	痛い 痰がでる 咳が出る 声がかれる 違和感がある 食事が通りにくい その他 ( )
上記以外	頭痛 目がかゆい くびが腫れている 熱がある ( ) °C いびき 口内炎 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る薬はありますか？ ※お薬手帳を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) ( )

■ 今までにお薬でじんま疹が出たり、ショックを起こしたことはありますか？

いいえ はい → (お薬の名前) ( ) 症状 ( ) ( )

■ 現在治療中、もしくはこれまでにかかった病気はありますか？

糖尿病     胃潰瘍     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     熱性痙攣     喘息    その他 ( )

■ 食べ物や花粉などのアレルギーはありますか？

いいえ はい → アレルギー名 ( ) ( )

■ 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 ( ) ( )

■ タバコを吸いますか？ いいえ ・ はい → 1日量 \_\_\_\_\_ 本

■ 女性の方へ 妊娠中またはその可能性はありますか？現在授乳中ですか？

いいえ はい → 妊娠中 ( ) 週 ・ 妊娠の可能性が \_\_\_\_\_ ・ 授乳中 \_\_\_\_\_

ス