

問診票 (初診)

診察の参考にいたします。わかるところだけ結構ですのご記入をお願いします。

体温 _____ °C 平熱 _____ °C

お子様が受診の方はお子様の 体重 _____ Kg

ふりがな _____ 明・大・昭・平

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 才 _____

〒 _____ 住所 _____

携帯番号 _____ 電話番号 _____

1. 本日はどうなさいましたか (○印を付けてください)

- ・耳……聞こえにくい (右・左)、耳鳴り (右・左) 耳がつまる (右・左)
痛い (右・左)、耳だれ (右・左)、かゆい (右・左)、耳あか
- ・鼻……くしゃみ、鼻みず (みずばな・黄色・緑色)、鼻づまり (右・左)、
鼻血 (右・左)、かさぶたができる、においがしない、花粉症
- ・のど……のどが痛い、痰がからむ、咳が出る、声がかれる、飲み込みにくい、
口内炎、味がしない、のどがつまる (違和感がある)、首がはれている
- ・めまい…ふらふらする、ぐるぐる回る
- ・熱がでている (_____ °C) 頭痛がする
- ・その他 (_____)

2. その症状はいつからありますか? (大事な事ですので**必ず**記入してください。)

今日から? 2、3日前から? 1週間前から? 何ヶ月前から? 何年前から?

3. 今日と同じ症状に対して、どこかで治療を受けた方はお薬などを記入してください。

(_____)

4. 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。

(_____)

5. たばこを吸いますか? はい・いいえ (1日約 _____ 本) お酒を飲みますか? はい・いいえ

6. 耳鼻科で治療や手術を受けたことがありますか? 治療内容を教えてください。

はい・いいえ (_____)

7. 今、別の病院にかかっていますか? かかっている方は病院名と病名を書いてください。

はい・いいえ (_____)

8. 当てはまるものに丸をつけてください。

喘息 痙攣 (けいれん) 胃潰瘍 糖尿病 高血圧 結核 腎疾患 心臓病
緑内障 前立腺肥大 重症筋無力症 B型肝炎 C型肝炎 なし

9. 現在飲んでいる薬があれば、薬名をお書きください。

ある・ない (_____)

*お薬ノートなどがあれば、記入せずに、受付にそれを提出していただくだけで結構です。

10. 薬のアレルギーはありますか? (薬で発疹やかゆみなど出たことがありますか?)

はい・いいえ (薬名 _____)

11. 女性の方に質問です。(お薬やレントゲンの参考にします)

・現在、妊娠していますか? はい・いいえ・わからないが可能性はある (_____ カ月・ _____ 週)

・現在、授乳中ですか? はい・いいえ

12. 風邪薬やアレルギーの薬で眠気が出たことがありますか? はい・いいえ

13. 6歳以下の方に質問です【託児所、保育園、幼稚園に通っていますか?】 はい・いいえ