

問診票 (初診)

診察の参考にいたします。黄色のところは必ず記入をお願いします。

体温 ℃ 平熱 ℃

14歳以下のお子様を受診の方はお子様の 体重 Kg

ふりがな 明・大・昭・平・令

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 (O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→別のめまい問診票にも記入をお願いします。
- ・熱がでている (℃) 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	精神疾患 ()	認知症	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(ャ月・ 週)予定日(月 日)

・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

氏名 _____

問診票 (めまい)

1 症状はいつからですか？

_____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から

2 どんな体勢のときにめまいがありますか？

- ・寝返りを打った時 ・頭を動かした時 ・起き上がった時 ・立ち上がる時 ・歩いている時
- ・座っていると時 ・体勢に関わらずずっと ・その他 ()

3 どのようなめまいがしましたか？

- ・グルグル回るめまい (回転性) ・フラフラめまい ・その他 ()

4 気分が悪いのはしばらく続くと思いますが、めまいが実際にあったのはどのくらいの時間ですか？

- ・一瞬～数秒 ・十数秒 ・数十秒 ・数分 ・30分以上 ・数時間 ・一日中

5 以下のような症状はありますか？

- ・聞こえにくさ (右・左) ・耳鳴り (右・左) ・耳閉感 (右・左)
- ・なし

6 5で症状のある方は、その症状はいつからありますか？

- ・今回めまいがしてから ・元々あったがひどくはなっていない
- ・元々あったがさらにひどくなった

7 めまいで他の病院を受診されましたか？

はい / いいえ

病院名 ()

診断結果 ()

8 以前も同じようなめまいがありましたか？

はい いいえ

9 以前も同じようなめまいがあった方は、どれくらい前に何回ありましたか？

()