

問 診 票

ふりがな	
氏名	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 () 才
住所	〒 電話 ()

※お子様の場合は体重を書いてください。 _____ kg

○ 今日はどうされましたか？

●耳

- 耳が痛い (右・左)
- 耳だれ (右・左)
- 聞こえにくい (右・左)
- 耳がつまった感じ (右・左)
- 耳鳴り (右・左)
- 耳あか (右・左)
- 耳がかゆい (右・左)

●のど

- のどの痛み
- せき・痰が出る
- 声がかすれる
- つかえ感・異物感
- 扁桃腺がはれている

●鼻

- はなみず (水様・黄)
- はなづまり
- くしゃみ
- はながのどに流れる
- 鼻血
- においがわからない
- 眼がかゆい

●めまい

- の中の痛み
- 味がわからない
- 舌がおかしい

●頸部 (くび)

- くびがはれている
- くびが痛い

●めまい

- ぐるぐるまわる
- ふわふわする
- 目の前が真っ暗になる

●その他 (具体的に: _____)

○ いつ頃から、その症状がありましたか？ (_____)

○ どのような診察を希望されますか？ (○で囲んでください。)

耳あかを取ってほしい・鼻の洗浄をしてほしい・補聴器の相談をしたい
詳しい検査をしてほしい (鼻の内視鏡検査・のどの内視鏡検査・聴力検査
アレルギー検査 (血液) 他)

○ 薬、食べ物のアレルギーはありますか？

(気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことはありますか？)

ない あるいはある (_____)

○ 今かかっている病気、昔かかっていた病気はありますか？

ぜんそく・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病
その他 (_____)

○ 飲んでいる薬があれば 薬の名前を書いてください。(お薬手帳などご持参ください。)

(_____)

○ 妊娠されていますか？あるいはその可能性がありますか？

ない あるいはある (_____ 週目)

○ タバコは吸いますか？

吸わない 吸う (_____) 本/日

○ お酒は飲みますか？

飲まない 飲む (_____)

○ 今日どのようなきっかけで来院されましたか？

お知り合いからの紹介・他院の先生の紹介・電話帳を見た・ホームページを見た
看板を知った・その他の広告媒体を見た・上記以外

○ その他、相談したいことやご希望がありましたらお書きください。

(_____)