※ID番号【　　】 よしこクリニック問診票　　記入日　　月　　日

ふりがな		記入者
氏　名		本人・家族（　　） その他（　　）
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下さい ＿＿＿＿＿＿＿＿ 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

● 口
□ 口の中の痛み
□ 味がわからない
□ 舌がおかしい

● 頚部（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が）　ない　・　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　薬の名前を書いて下さい。（お薬手帳などご持参下さい）
（　　）

○ 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（　　週目）

○ 授乳中ですか？
はい　・　いいえ

○ 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（　　）

○ 今日はどのようなきっかけで来院されましたか？
家族が通院している ・ お知り合いからの紹介 ・ 他院の先生の紹介 ・ ホームページを見た
ドクターズ･ファイルDFを見た ・ 看板で知った ・ 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下さい。
（　　）