

年 月 日

ID \_\_\_\_\_

# 問診票

ふりがな	大・昭 平・令	体温( ) ℃
名前	(男・女)	年 月 日生まれ( ) 歳
住所 〒		15歳以下のお子様(体重 ) kg
	電話( )	-
	携帯( )	-

★診察の参考にいたしますので、詳しく症状を教えてください。○をつけてください。

## みみ

- (いつ頃から ) (右・左・両方)
- ①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ  
⑦耳垢 ⑧異物が入った ⑨自分の声が響く ⑩その他( )

## はな

- (いつ頃から ) (右・左・両方)
- ①つまる ②鼻水(黄鼻・水鼻) ③くしゃみ ④鼻血 ⑤痛い ⑥かゆい  
⑦鼻水がのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った  
⑩花粉症(時期 月～ 月) ⑪その他( )

## のど・口

- (いつ頃から )
- ①痛い(のど・口の中・舌) ②せき ③痰 ④声がかれる ⑤飲み込むと痛い  
⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった ⑨いびき  
⑩その他( )

## めまい

- (いつ頃から ) (症状 )

## 首のしこり 甲状腺・その他

- (いつ頃から ) (症状 )

★上記の症状について通院歴はありますか？

- ・ある(いつ頃 ) (病院通院)

★その他、次の事項についてご記入ください。○をつけてください。

※今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？

- ・ある(喘息・高血圧症・心臓病・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・前立腺肥大)  
・ない

※現在、お薬を飲んでいますか？(お薬手帳をお持ちの方は記入不要/受付へご提示ください。)

- ・はい(薬の名前 )  
・いいえ

※今までにお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出た事がありますか？

- ・ある(種類 )  
・ない

※たばこは吸われますか？または以前吸っていましたか？

- ・以前吸っていた(1日 本 年間 年前から禁煙)  
・今も吸う(1日 本 年間)・吸わない

※アルコールは飲まれますか？ 飲む(1日 本 年間)・飲まない

※女性の方へ 現在妊娠あるいはその可能性はありますか？

- ・ある(出産予定日R. 年 月)・ない・不明・現在授乳中

※何か悩みや相談したいことがありましたらご記入ください。

( )

※当院を受診されたきっかけを教えてください。

- ①自宅から近い ②ホームページを見た ③知人からの紹介 ④その他( )