

問診票

年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|------|--------|------|------|---------------|---|---|
| ご 氏 名 | フリガナ | 男 女 | 生年月日 | 大平昭令 | 年 月 日(満 才) | 熱 | 度 |
| ご 住 所 | 〒 | | | 携帯電話 | () | - | |
| | | | | 固定電話 | () | - | |

1.今日はどうされましたか(□の中にチェック(レ点)をつけてください。複数可)

※複数しをついた方は一番つらい症状に○をおつけください。

● 耳(右・左・両方)

- 耳が痛い
- 耳だれ
- 聞こえにくい
- つまた感じがする
- 耳鳴り
- 耳がかゆい
- 耳あかをとってほしい
- 耳の違和感

● 鼻

- 鼻水(黄色・緑色・白色・透明)
- 鼻づまり
- 臭いがわからない
- 鼻血(右・左・両方)
- 鼻が痛い
- 鼻がかゆい

● のど

- のどの痛み
- イガイガする
- 咳・痰がでる
- つかえ感、異物感
- 扁桃腺がはれる
- 息苦しい
- いびき
- のどがかゆい

● 頸部(くび)

- くびがはれている
- 首が痛い

● 口

- 口の中の痛み
- 味がわからない
- 舌がおかしい

● めまい

- ぐるぐるまわる
- ふわふわする
- 吐き気がある

● その他 頭痛 頭が重い いびき 目がかゆい
 発熱 (_____月_____日の午前・午後_____時ごろから)

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください。

2.上記の症状はいつ頃からですか。

今日から ()日前から ()週間前から ()ヶ月前から ()年前から

3.1の症状、病気で、現在もしくは最近まで他院で治療等を受けていたことがありますか

なし あり (わかれば病名をお書きください)

[病名 : 病院名 :]

4.今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか。

なし
 あり [病名] 耳鼻いんこう科の病気・手術()
 高血圧 糖尿病 緑内障 アレルギー性鼻炎
 C型肝炎 B型肝炎 A型肝炎 喘息
 結核 その他()

5.現在、服用中の薬はありますか。

なし あり [薬の名前] ()
 お薬手帳がある(ご提示ください。)

6.今までに薬や注射で体に異常をおこしたことがありますか

なし あり [薬の名前 :]

7.女性の方へ 現在、妊娠してますか

いいえ はい(ヶ月) わからない 授乳中

8.家族の方が当院を受診されたことはありますか はい いいえ

9.当院は何でお知りになりましたか (複数可)

家族より 知人より 近所、通りがかり インターネット 看板
 医療機関より紹介 その他()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。