

問診表

診察券番号: _____

ふりがな _____

大正・昭和・平成・令和・西暦

お名前 _____ 男・女 生年月日 _____年____月____日 _____歳

〒

住 所 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

電話番号 _____ (携帯・自宅) 緊急連絡先 _____

職業または在学学校 _____

1) 本日はどのような症状で受診されましたか?

耳	右耳・左耳・両耳 痛み かゆい 耳だれ 耳鳴り	耳そうじ 聞こえが悪い	サーファーズイヤ- ふさがった感じ
鼻	鼻水 かゆい つまる くしゃみ 鼻水がのどに流れる 匂いがわからない	鼻血	頬が痛い 頭が重い
口やのど	痛み 咳 痰 声かれ 飲みこみにくい	口内炎 舌が痛い	何かある 味がわからない 魚の骨が刺さった
めまい	ぐるぐる回る ふわふわする	吐き気がする	
全身の症状	頭痛 体がだるい 吐き気 発熱 (いつから	機嫌が悪い 現在	いびき 夜中に息が止まる ℃/一番高い時 ℃)
花粉症の方	目のかゆみ なし・あり 以前効いた薬 () 効かなかった薬 ()		コンタクトの使用 なし・あり

2) その症状はいつ頃からありますか?

今日から ・ () 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から

3) 薬や食べ物のアレルギーがありますか?

いいえ ・ はい ()

4) 今までにかかった病気はありますか?

ぜんそく ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 肝炎 ・ 腎臓病
緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 悪性腫瘍 ・ その他 ()

5) 女性の方

妊娠していますか? いいえ ・ はい (週目 ・ 出産予定日 月 日)

授乳中ですか? いいえ ・ はい

6) 喫煙歴がありますか?

いいえ ・ 以前は吸っていた (1日 本× 年) ・ 現在吸っている (1日 本× 年)

7) 手術の希望がありますか?

いいえ ・ はい