

問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男 女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
自宅住所	〒
	Tel ()
身長	cm 体重 kg

当クリニックは耳鼻咽喉科です

- ※ 症状は、いつからですか? ・ ・ (日) 前から
- ※ 本日は、どうされましたか? あてはまるところに○をして下さい。
 - * 耳 (右・左・両方) が ・ ・ 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢
聞こえわるい / こもった感じ / 耳鳴り
 - * 鼻 (右・左・両方) が ・ ・ 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい
鼻水がのどに落ちる感じがする / 鼻血 (左 or 右)
 - * 花粉症 (眼のかゆみ / 鼻症状)
 - * のどが ・ ・ 痛い (食事は、食べられる or 食べられないほど痛い)
咳 / たん / 声枯れ / 違和感がある / 魚の骨ささった (魚の種類)
 - * 熱がある (度)
 - * めまいがする (どんなめまいですか? ・ ・ ぐるぐる / ふわふわ / その他)
 - * その他 () ※アレ検希望 (有・無)

- ※以下の質問にお答え下さい ☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものが
他院で薬を飲まれていますか? ありましたら受付にお見せ下さい。
いいえ / はい → 薬の名前 ()
- 薬・注射・牛乳・卵・そのほか食物のアレルギーはございますか?
なし / あり → () アレルギー
- 歯の治療等で、麻酔薬で具合が悪くなった事がありますか? ・ ・ いいえ / はい
- 妊娠・授乳していますか? ・ ・ (していない / している 月)
- 今までに花粉症やアレルギー性鼻炎を診断されたことはありますか? ・ ・ いいえ / はい

- ※ 以下の病気にかかった事のある方は、○を付けて下さい。
 1. 肺の病気 (結核・喘息・慢性気管支炎など)
 2. 甲状腺の病気
 3. 糖尿病・高血圧・高脂血症
 4. 心臓の病気 (狭心症・不整脈・心不全・心筋梗塞など)
 5. 胃、十二指腸の病気 (胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など)
 6. 肝臓の病気 (肝炎・肝硬変・脂肪肝など) ・ すい臓の病気
 7. 脳血管の病気 (脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など)
 8. 悪性腫瘍 (リンパ腫・癌など)
 9. 皮膚病 (慢性痒疹・带状疱疹など)
 10. 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他)
 11. 心身症・不安症・うつなどの精神的疾患
 12. 緑内障など眼科疾患
 13. 前立腺肥大症など
 14. その他 ()

- ※当院はどうやってお知りになりましたか?
 1. インターネット
 2. 当院ホームページ
 3. 看板広告をみて
 - ・ 駅看板
 - ・ バス音声案内
 - ・ クリニック看板
 4. 家族が通っている
 5. 知人の紹介 ()
 6. 他院からの紹介 (病院名:)
 7. 家(職場)から近い
 8. その他 ()