

## 問診表

ふりがな		<b>★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★</b>	
氏名	生年月日	T・S・H	年 月 日 ( 歳)
	電話番号	( )	
住所	〒		
<b>❀ 女性の方へ ❀</b>			
<b>妊娠中</b> ( 予定日 ___月___日 ) ・ <b>授乳中</b> / 該当なし			
1. <u>いつから</u> 症状がありますか？ → ( ) 日前から			
2. あてはまるところに○をつけてください。			
* 耳 ( 右・左・両方 ) が、痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 水が入った / いじった / 聞こえにくい / こもった感じ / 耳鳴り ( 高音・低音 )			
* 鼻 ( 右・左・両方 ) が、鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻水がのどに流れる / 鼻血 ( 右・左 )			
* のどが、痛い ( 食事は …… 飲み込める・飲み込めない ) / かゆい / 咳 / 痰 / 声枯れ / 違和感 / 魚の骨が刺さった ( 魚の種類： )			
* めまいがする ( ぐるぐる・ふわふわ・その他 ) …… どんなときに？ ( )			
* 花粉症・アレルギー性鼻炎がある			
<input type="checkbox"/> 診断済 ( 具体的に： ) → 舌下免疫療法を、希望する・しない			
<input type="checkbox"/> 自覚症状はあるが調べていない → アレルギー検査(採血)を、希望する・しない			
* その他：眼のかゆみ / 頭痛 / 関節痛 / 寒気 / 倦怠感 / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢			
* 発熱：いつから _____、_____ °C / 自由記入欄 ( )			
3. 現在、他院で処方された薬はありますか？ <b>★お薬手帳などは受付でご提示下さい★</b>			
はい ( ) ・ いいえ			
4. 薬、注射、食物アレルギーはありますか？ …… はい ( ) ・ いいえ			
5. 歯の治療などの麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか？ …… はい・いいえ			
6. お酒は飲みますか？ …… はい ( よく飲む・たまに飲む ) ・ いいえ			
7. タバコは吸いますか？ …… はい ( よく吸う・たまに吸う ) ・ いいえ			
8. かかったことがある病気、または、“該当なし” に○をつけてください。			
肺の疾患 ( 結核、喘息、慢性気管支炎など ) / 肝臓・膵臓の疾患 ( 肝炎、肝硬変、脂肪肝など ) / 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 胃・十二指腸の疾患 ( 胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍など ) / 心臓の疾患 ( 狭心症、不整脈、心不全、心筋梗塞など ) / 皮膚病 ( 慢性痒疹、帯状疱疹など ) / 脳血管の疾患 ( 脳動脈硬化症、脳梗塞、脳内出血など ) / 悪性腫瘍 ( ガン、リンパ腫など ) / 感染症 ( B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1など ) / 精神疾患 ( 鬱、統合失調症、不安症など ) / 甲状腺 / 前立腺肥大症 / 眼病 ( 緑内障など ) / その他 ( ) / 該当なし			
<b>★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします ★</b>			
当院ホームページ / グーグル / ヤフー / 病院検索サイト / ひまわり ( 東京都医療機関案内サービス ) / その他検索サイト / クリニック看板 / 駅構内看板 / 電柱看板 / 駅前地図 / 友人・知人の紹介 / 家族が受診している / 他院からの紹介 / 役所・保健所からの紹介 / 家・職場から近い / その他			