

# 新小岩すばるクリニック問診表

年 月 日

ふりがな	★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★		
氏名	H・R 年 月 日 ( 歳) 男・女		
	身長 _____ cm	体重 _____ kg	
住所	(〒 - ) 【マンション・アパート名などもご記入ください】		
電話番号	( )	緊急連絡先として必ずご記入をお願いします ( 続柄：自宅・父・母・その他： )	
1. <u>いつから</u> 症状がありますか？ <input type="checkbox"/> ( ) 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 / 聞こえにくい / こもった感じ / 気にして触っている			
* 鼻 (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻血 (右・左)			
* のどが、 痛い / 咳 / 痰 / 声枯れ / 魚の骨が刺さった (魚の種類： )			
* 発熱： _____ 時間前から _____℃ <input type="checkbox"/> 現在は？ _____℃			
* その他：花粉症 / 眼のかゆみ / 頭痛 / 嘔吐 / 下痢 / 学校の健診 / 自由記入欄 ( )			
3. 現在、他院で処方された薬はありますか？		★お薬手帳などは受付でご提示下さい★	
はい ( ) ・いいえ			
4. お薬についてご希望をお伺いします。			
形状：錠剤 / 粉 (ドライシロップ) / シロップ / まだ薬を飲んだことがない			
回数：1日3回 飲めますか？ → はい・いいえ			
5. 薬、注射、食物などのアレルギーはありますか？			
はい ( 卵・牛乳・その他： ) ・いいえ			
6. 以下の病気にかかった、若しくは現在治療中、又は健診等で指摘されたことがある人は、○をつけてください。なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
熱性けいれん / 中耳炎 / 副鼻腔炎 (蓄膿症) / はしか / おたふく / みずぼうそう / 風疹 / 突発性発疹 / その他 ( ) / 該当なし			
7. 以下の病気にかかった、若しくは現在治療中、又は健診等で指摘されたことがある人は、○をつけてください。なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
気管支喘息 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1、ほか： ) / その他 ( ) / 該当なし			
8. これまでに入院や手術をしたことがありますか？			
はい ( 病名： ) ・いいえ			
★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします。★			
ポスティングチラシ SNS・インターネット検索 当院ホームページ 看板等広告			
家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介 他院からの紹介			
家 (職場) から近い その他 ( )			
★ 診療明細書についてご希望をお伺いします。★			
<input type="checkbox"/> 発行する ※お時間を要する場合がございます。予めご了承ください。			
<input type="checkbox"/> 不要			