

# 問 診 票

No, 記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	明 大	年	月	日生
おなまえ		女		昭 平			才)
おところ	〒	自宅 ( ) 携帯 ( )					

あてはまる箇所に○印を付けて下さい。

❖ 本日は、どのような症状でこられましたか？ 体温 ( )℃

・いつごろから

・どのような症状で？(一番困る症状に○印を付けて下さい)

耳(左・右)	耳が痛い・耳だれ・聞こえにくい・耳鳴りがする・耳がつまる感じ・めまい
鼻(左・右)	鼻づまり・鼻水・色のついた鼻汁・くしゃみ・鼻水がのどに流れる・鼻血
のど	のどが痛い・声がかれる・せき・たん・のどがつまる・異物感がある

・その他、気になることがありましたらご記入ください。

❖ あなたの体質や病歴についてお尋ねします。

(1) 注射や飲み薬で、発疹が出たり気分が悪くなったり、ショックを起こしたことがありますか？ (ある・ない)

.....

(あるの場合) それはどのような時に起こりましたか？ (咳止め・熱さまし・風邪薬・抗生物質・その他)

(2) 今までに病気をしたり、手術をしたことがありますか？ (ある・ない)

.....

(あるの場合) 病名を教えてください。(高血圧・心臓病・糖尿病・ぜんそく・その他)

(3) 現在、飲んでいる薬はありますか？ (ある・ない)

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。※

(4) 女性の方にお伺いします。現在、妊娠していますか？ (現在、妊娠 ヶ月・授乳中・どちらでもない)

(5) 体重を教えてください。(お子様のみ) ( )kg

❖ お手数ですが、アンケートにお答えください。

・当院を受診するきっかけを○印で囲んで下さい。

①近所 ②知人からの紹介 ③ホームページ ④看板 ⑤他院からの紹介 ( ) 医院)

⑥その他 ( )

ご協力ありがとうございました。

いのうえ耳鼻咽喉科