

問診表

フリガナ
氏名: _____ 男・女 (明・大・昭・平 年 月 日生) 身長: _____ cm 体重: _____ kg

住所: 〒 _____ 電話: (_____) _____

* 緊急連絡先: _____ - _____

携帯の方は固定電話(ご自宅・ご実家・ご兄弟・勤務先等)の緊急連絡先を必ずご記入下さい。

下記の質問にお答え下さい。あてはまるものに○をつけ、下線部分は書き込んで下さい。

1. どこが悪くて来ましたか？又、どんな様子ですか？

- 右耳・左耳 : ・痛い ・聞こえが悪い ・めまい ・耳なり ・耳だれ ・かゆい ・耳をふさがれた感じ ・音がひびく・耳垢
- 鼻 : ・鼻づまり ・鼻汁 ・くしゃみ ・鼻血 ・においがわからない ・痛い ・ほほがはれている・花粉症
- 口 ・ のど : ・痛い ・声がかすれる ・息が苦しい ・異物感 ・何かできている ・いびき・骨が刺さった
- その他 : ・頭痛 ・ことばがおそい ・首のはれ ・あごの下のはれ ・いつも口を開いている ・熱がある(_____ 度)
・首が痛い ・せき ・たん ・手術後の検診 ・その他(_____)

2. その症状はいつからですか。

(昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日から(_____ 歳 _____ ヶ月から)

3. このために他の医療機関などで治療をしていますか？

(している ・ 過去にしていた ・ していない)

4. 最近3ヶ月以内に海外へ行きましたか？

行った(国名: _____) ・ 行っていない

5. これまでに、耳・鼻・のどの病気をしたことがありますか？又、そのために手術をしましたか？

ある(病名: _____) そのために手術をしたことが(あり ・ なし) ・ ない

6. 耳鼻咽喉科以外の大きな病気をしたことがありますか？又、現在その治療をしていますか？

ある(病名: _____) 現在その治療をして(いる ・ いない) ・ ない

● 薬剤の処方を受けていますか？(いる ・ いない) ! 処方されている方は診察時薬手帳を用意して下さい!

7. 薬のアレルギーがありますか？ある場合、どんな症状ですか？

ある(薬の名前: _____) 症状: _____) ・ ない

8. タバコを吸いますか？ / 飲酒をしますか？

タバコを 吸う (1日 _____ 本位) ・ 吸わない / 飲酒を する (1日にどのくらい: _____) ・ しない

9. あなたの近い血縁者に、結核・がん・にくしゅ・難聴・ぜんそく・精神異常の人がいますか？

いる (親・子・兄弟姉妹・その他血縁者 病名: _____) ・ いない

10. 今までに輸血を受けたことがありますか？

あり ・ ない

11. あなたの職場は騒がしいですか？また、特殊な金属や化学物質を扱う所ですか？

該当する場合は記入して下さい(_____)

12. (女の方に)現在、妊娠していますか？ / 生理はありますか？ある場合、順調ですか？

妊娠は : している ・ していない / 生理は : あり (順調・不順) ・ ない

13. これから受ける診察に特に希望があれば書いて下さい。
