

問 診 表

| | | | | | | | |
|------|-----------|-----|-------|---|-------|----------|----|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 | < 医院記入欄 > ID. _____ <input type="checkbox"/> 内服薬などのPC取込み済 | | | |
| 氏 名 | 様 | | | | | | |
| 生年月日 | 明 大 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 小児のみ: 体重 | Kg |
| 住 所 | 〒 | | — | | 携 帯 ・ | — | — |
| | | | | | 自 宅 ☎ | — | — |

◇ 本日はどのような症状でお困りですか？

いつから… [] 日前 [] 週間前 [] ヶ月前 [] 年前

耳…… 聞こえが悪くなった 耳鳴りがする つまった感じ 耳あかが取れない
 耳の痛みや痒み 耳だれが出る 補聴器を作りたい

鼻…… 鼻水が出る くしゃみ 花粉症 つまった感じ 鼻がにおう
 鼻血が出る においが分らない ほほの痛み

のど…… のどの痛み 咳が出る 痰が出る のどの違和感やつまった感じ
 舌の痛み 口が渴く 味が分かりにくい 声のかすれ・出ない
 息が苦しい 食事が食べにくい いびき・無呼吸 のどに鼻水が流れる

その他… めまいがする 首のはれ・痛み 耳の下のはれ・痛み 頭痛
 顔の動きが悪くなった アレルギー検査希望 CT希望

◇ 本日、熱はありますか？… はい _____ 度 いいえ

◇ 女性の方にお尋ねします

妊娠中ですか？… いいえ はい 妊娠 _____ 週目 可能性あり
 授乳中ですか？… いいえ はい (お子さんの月年齢 _____)

◆ 歯科の治療や麻酔でアレルギーを起こしたことはありますか… いいえ はい

◆ 薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか… いいえ はい
 『はい』と答えた方…わかれば薬剤名・食べ物の名前(_____)

◇ 今までに手術したことはありますか？… いいえ はい (病名: _____)

◇ 現在、使用(服用)しているお薬があればお書きください(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください)
 (_____)

◇ 日常生活についてお答えください

タバコ… 吸わない 吸っている 吸っていた(1日 _____ 本 _____ 年間)
 お酒… 飲まない 飲む (頻度… ほぼ毎日 週3-4日位 週1-2日位 月1-2回)

◇ 当院をどこでお知りになりましたか？

近所 通りすがり 患者だった(_____ 病院) 知人・家族 知人の紹介
 看板を見て ホームページを見て チラシを見て

ご記入が済みましたら、受付にお出ください。ご協力ありがとうございました。