

# 問診票(西かさい駅前耳鼻咽喉科)

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所( \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

体温(熱のある方) \_\_\_\_\_ °C 体重(10歳以下のお子様のみ) \_\_\_\_\_ kg

① 今日はどうされましたか？(○で囲んでください)

耳(右・左)： 痛い ・ かゆい ・ 聞こえが悪い ・ 耳が詰まった感じがある ・ 耳掃除がしたい ・ 耳だれ ・  
めまいがする ・ 耳なり ・ 補聴器の相談がしたい

鼻： 鼻水 ・ 鼻づまり ・ くしゃみ ・ 鼻水がのどの奥に流れる ・ 鼻の中が臭い ・ 鼻血が出る ・  
鼻の中が痛い ・ 鼻の中がかゆい ・ 鼻の中が乾く ・ 物の匂いが分からない

のど： 口が渴く ・ 口内炎ができた ・ 口臭が気になる ・ 物の味が分からない ・ 痛い ・  
異物感がある ・ 声がれがある ・ 声が出しづらい ・ 咳が出る ・ 痰が絡む

その他： いびきが大きい ・ 睡眠中の無呼吸 ・ 顔の片側が動かなくなった ・ 顔や首に「しこり」がある ・  
上記以外の症状( \_\_\_\_\_ )

② いつ頃から、その症状はありますか？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 ( \_\_\_\_\_ 日前から)

③ 今までかかったことがある病気(治療中も含む)に○で囲んでください。

ある … 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・  
緑内障 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎  
その他( \_\_\_\_\_ )

ない

④ 現在、服用中の薬はありますか？

ない ・ ある( \_\_\_\_\_ )

⑤ 薬(ピリン系・ヨード・造影剤など)や食べ物(卵など)のアレルギーはありますか？

ない ・ ある( \_\_\_\_\_ )

⑥ 妊娠中・授乳中の方は、記入してください。

妊娠している可能性がある ・ 妊娠中： 第( \_\_\_\_\_ )週 予定日( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

授乳中ですか？： はい ・ いいえ

⑦ タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う( \_\_\_\_\_ )本/日

⑧ お聞きになりたいことやご心配なことがありましたらお気軽にご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

⑨ ジェネリック医薬品(15歳以上の方のみ○してください) 希望する ・ 希望しない

⑩ 最後に、当院を何でお知りになりましたか？

お知り合いやご家族などからの紹介 ・ 電柱看板 ・ ご自宅が近所である ・ HP ・

その他( \_\_\_\_\_ )

ご記入お疲れ様でした。順番がきましたら呼びますので、もうしばらくお待ちください。