

# 問 診 票

氏名： \_\_\_\_\_ フリガナ： \_\_\_\_\_  
性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
生年月日： 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

◆本日はどうなさいましたか？（該当する項目に○をつけてください。）

## 【鼻】

花粉症・鼻づまり・鼻汁がでる・くしゃみ・かゆい・においがしない  
鼻汁がのどに流れる・鼻がくさい・痛い・鼻血・いびきをかく

## 【耳】どちら側ですか？（左・右・両側）

痛い・かゆい・耳だれ・聞こえにくい・つまった感じ・自分の声がひびく・耳なり・耳垢

## 【くちのど】

痛い・せき・たん・口内が乾く・たんに血が混ざる・味覚がおかしい・声がかすれる  
つまった感じ・ものがうまく飲み込めない・いがらっぽい・舌があれ

## 【めまい】

ぐるぐるまわる・目の前が真っ暗になる・頭動かすとまわる・めまいのときに耳鳴りがする

## 【その他】

頭痛・顔のはれ・首が痛い・首のはれ・目がかゆい・肩こり・顔が動きにくい・顔がびくびくする

※その他症状がございましたらお書きください。

◆症状はいつごろからですか？（ \_\_\_\_\_ ）

◆妊娠または授乳中ですか？ いいえ ・ （妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月） ・ 授乳中

◆現在、熱はありますか？ ある（ \_\_\_\_\_ ℃） ・ ない ・ わからない

◆現在、他の病気で通院していますか？ はい ・ いいえ

（病状または病名： \_\_\_\_\_ ）

（服用している薬： \_\_\_\_\_ ）

◆タバコを吸いますか？ はい ・ いいえ ・ 吸っていたがやめた（いつ？： \_\_\_\_\_ 年・月前）

◆車の運転をしますか？ はい ・ いいえ

◆今までどんな病気をしましたか？ 該当する病名に○をつけてください。

じんましん・ぜんそく・その他アレルギー疾患・心臓病・肝臓病・糖尿病  
高血圧・結核・白血病・けいれん・その他：（ \_\_\_\_\_ ）

◆今まで薬を飲んで異常が起きたことはありますか？ ない ・ ある

（薬名・症状： \_\_\_\_\_ ）

◇差し支えなければ、当院をお知りになったきっかけについてお教えてください。

駅看板・バス案内・ホームページ・紹介・その他（ \_\_\_\_\_ ）

※本日お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください。

(医)たちばな耳鼻咽喉科