

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てください。

(医)たちばな耳鼻咽喉科