

# 問診票

フリガナ  
お名前

( 歳) 男・女 体重 kg (15歳未満の方のみ)

ご住所

電話番号

\*住所・電話番号は変更がなければ結構です。

## ◆今日はどこが悪くて受診されましたか？

・耳 : (右・左・両方)

耳あか、痛い、痒い、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、耳鳴り  
めまい(ぐるぐる・ふわふわ・どちらでもない)

・鼻 : くしゃみ、鼻水、鼻づまり、痒い、鼻水がのどにまわる、鼻が臭い

においが分からない、鼻血(右・左・両方、最後にでたのが \_\_\_\_\_ 頃)

・のど : 咳(時々・朝・日中・夜・一日中)、痛い、痰がからむ、かわく、つまる、声のかすれ  
痰に血が混じる、いびきをかく、いつも口を開いている、睡眠中呼吸が止まる

・下痢はしていますか？ ( 水下痢・少しゆるい・無 )

・熱はありますか？ ( \_\_\_\_\_ °C ・ 無 )

・その他( \_\_\_\_\_ )

◆それはいつからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

◆2週間以内に飲んでいるお薬はありますか？ ( 無 ・ 有 ) ◆お薬手帳( 無 ・ 有 )

医院名 \_\_\_\_\_

\*お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください

服用中のお薬 \_\_\_\_\_

◆妊娠中ですか？ はい(妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月)・ いいえ ・ 分からない

◆授乳中ですか？ はい(お子様の月齢 \_\_\_\_\_ ヶ月)・ いいえ

○○○○○

変わりなし(前回とお変わりなければ☑してください)

○○○○○

◆今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？ (○をつけて下さい)

無 ・ 有 : アトピー性皮膚炎、喘息、高血圧、高脂血症、心臓病、肝臓病、肝炎(B・C)

糖尿病、甲状腺疾患、前立腺、緑内障、その他( \_\_\_\_\_ )

◆過去に手術を受けたことがありますか？(いつ頃どのような手術を受けられましたか？)

無 ・ 有 : \_\_\_\_\_

◆お薬で副作用はありますか？ 無 ・ 有【症状】 \_\_\_\_\_

◆タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間) [成人の方のみ]

◆その他(診察、治療に関するご希望がありましたらお書きください)

ご協力ありがとうございました

