

問診表

記入日： 年 月 日

| | | |
|--------|------|------------------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 大正・昭和・平成・令和 |
| 氏名 | 男・女 | 年 月 日(歳) |
| 住所 〒 — | 電話番号 | — — |
| | 携帯番号 | — — |

身長： cm 体重： kg

1.ご来院の目的（該当するものに☑を入れてください）

- ☐耳の症状：☐痛み、☐耳だれ、☐聞こえにくい☐耳あか、☐その他()
☐鼻の症状：☐鼻水、☐鼻づまり、☐くしゃみ、☐においがしない、☐鼻血がでる
☐その他()
☐のどの症状：☐痛み、☐声がれ、☐咳、☐のどの違和感、☐その他()
☐めまい・ふらつき
☐その他：☐発熱(度)、☐顔・首のできもの、☐顔が動かない
☐いびき・息が止まる ☐発音が気になる、☐その他()

2.現在の症状はいつからありますか？： から（例：3 日前から）

症状の経過：☐良くなってきている ☐変わらない ☐悪化している
 症状が出る時間帯やきっかけがあればご記入ください：

3. 現在、治療中の病気や服用中の薬があればご記入ください(おくすり手帳があればご提示下さい)

☐B 型肝炎 ☐C 型肝炎 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳卒中 ☐腎臓病 ☐喘息
☐アレルギー性鼻炎 ☐緑内障 ☐前立腺肥大 ☐その他()
 病院名： お薬：

4.アレルギーについて：薬や食べ物、アルコールなどで異常が出た事がありますか？

☐ない ☐ある（内容： ）

5.タバコ、アルコール摂取について

喫煙：☐吸わない ☐吸う（1 日 本） ☐前は吸っていた 歳頃まで)
 飲酒：☐飲まない ☐飲む（お酒の種類： 頻度： ） ☐前は飲んでいて

6.女性の方は現在 ☐妊娠中(妊娠 週) ☐授乳中 ☐いずれも該当しない

7.その他、医師に伝えておきたいことがあればご記入ください