

# 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、鼻血ができる  
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：) 前は飲んでいた

## 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