

問 診 票

No. _____

記入日 令和 年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。できるだけ詳しく御記入ください。

ふりがな お名前		男 ・ 女	生年 月日	T S H R	年	月	日 () 歳
住 所	〒						
電話番号	ご自宅 ()	—	体重				k g
	携帯電話 () (なるべく御記入をお願いします)	—	体温				℃

●今回の症状はいつからですか？ () から)

●どのような症状がございますか？ にチェックしてください

◆みみ (右 左 両方)

- 痛い
- かゆい
- 聞こえにくい
- つまる・音がこもる
- 耳鳴りがする
- 膿や汁がでる
- 耳掃除してほしい
- 耳がはれた
- 物をつめた

◆はな (右 左 両方)

- 鼻水が出る 透明サラサラ
- 鼻水が出る 黄色ネバネバ
- 鼻がつまる
- かゆい
- 痛い
- 鼻水がのどに下がる
- 鼻血がでる
- においがわからない
- 物をつめた
- くしゃみ

◆くち、のど、くび

- 痛い
- かゆい
- はれた
- 違和感がある
- 声がかれた
- 飲み込みにくい
- 咳がでる
- 痰がからむ
- しこりがある
- 味がわからない
- 物が刺さった

※詳細をご記入下さい

[]

◆その他の症状

- 花粉症 目のかゆみ めまい ふらつき 頭痛 顔や頬がはれた、痛い
- 顎が痛い いびき 顔が動かしにくい 補聴器相談
- その他 ()

●現在治療中の病気や、今までに治療を受けた病気はありますか？

- ない ある : 高血圧 糖尿病 ぜんそく 脳梗塞 心筋梗塞 癌(がん)
- アレルギー性鼻炎 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大
- その他 ()

●現在、内服中の薬があれば教えてください

- ない ある ()

★お薬手帳など薬名のわかるものをお持ちでしたら、一緒にお出してください。

●薬の希望

- 錠剤がよい 錠剤が飲めない

●今までに薬や食べ物で具合が悪くなったり、じんま疹がでたことがありますか？

- ない ある (その原因は? 症状は?)

●妊娠中あるいは授乳中ですか？ 妊娠中 () ヲ月目) 授乳中

●タバコ 吸わない 吸う (1日に) 本)

●飲酒 しない する (たまに ときどき 毎日)

[]