

No. \_\_\_\_\_

# 問 診 票

記入日 平成 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。

ふりがな お名前	生年 月日	年 月 日	体重	kg
			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 (いくつでも御記入ください)
  - 前回は受診と同様の症状
- ◆ 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
- ◆ その他の症状
  - 花粉症  花粉症予防  目のかゆみ  めまい  ふらつき  頭痛
  - 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、内服中の薬があれば教えてください  ない  ある ( \_\_\_\_\_ )
- 妊娠中あるいは授乳中ですか？  妊娠中 ( \_\_\_\_\_ カ月目 )  授乳中