問　診　票

No.　　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。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　　年　　月　　日（　　）歳 H
住　所	〒			
電話番号	ご自宅　　（　　）　　－ 携帯電話　　（　　）　　－ （なるべく御記入をお願いします）		体重	k g
			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）

◆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　□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、一緒にお出しください。

●薬の服用について、服用が困難な剤形がありますか？

□特になし　□錠剤がよい　□粉薬がよい　□シロップがいい

●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**（　　ヵ月目）　□**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）