# 問 診 票

記入日　　年　　月　　日

1. 本日はどうなさいましたか？（○印を付けてください）

**耳**　聞こえにくい（ 右・左 ）、痛い（ 右・左 ）、耳鳴り（ 右・左）
耳だれ（ 右・左 ）、耳がつまる（ 右・左 ）、かゆい（ 右・左 ）、　**耳そうじ**

**鼻**　鼻づまり（ 右・左 ）、鼻水（ 青っぱな・みずばな ・黄色 ）、くしゃみ
副鼻腔炎 ・ 蓄膿、花粉症、アレルギー、目のかゆみ
鼻血（ 右・左 ）、かさぶたができる（ 右・左 ）、においがしない

**のど**　のどが痛い、声がかれる、出にくい、せきが出る、飲み込みにくい、たんがからむ
のどがつまる、違和感がある、首がはれている、口内炎、魚の骨（　　）

**・熱がある（　　℃）、頭痛、倦怠感、関節痛、悪寒**

**・めまい、ふらつきがある**

**・検診 、その他（　　）**

（40kg以下の方）
体重 ＿＿＿＿＿ kg

2. いつ頃から症状がありますか？
（　　）
3. この症状で他の医院を受診しましたか？
いいえ・はい（病院名　　）
4. 今回の症状以外に何らかのご病気で治療中ですか？
いいえ・はい（病名　　）
5. 過去に何らかのご病気で治療をうけられたことがありますか？
いいえ・はい（病名　　）
6. 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
いいえ・はい｛食べ物　内服薬　注射薬　麻酔薬など（　　）　｝
7. 喫煙、飲酒について教えてください
喫煙（　　本／日，　　年）　飲酒（　　／日　　）
8. 女性の方にお尋ねします
妊娠の可能性（ あり　　ヶ月 ・なし ）　授乳中ですか（ はい・いいえ ）

★当院を選ばれた理由を教えてください
電話帳 ・ 看板 ・ インターネット ・ 友人知人 ・ 家族が受診 ・ 医師からの紹介
その他　（　　）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　年　月　日 | 歳　ヶ月 | 職業 |
| 住所 | 〒　－ | 県・府・都 | |
| | 市 | | |
| 電話番号 | 自宅　－　－ | 携帯　－　－ | |

診察券番号

ないとう耳鼻咽喉科