

* 問 診 票 *

記入日： 令和 年 月 日（記入者： _____）

中学生までのお子さん：体重	kg
熱のある方：体温	℃

ふりがな		
お名前	(男・女)	電話番号： 自宅 ()
生年月日： 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (満 歳)	携帯電話 ()
住所： (〒 -)		

1. 本日は、いつから、どのような症状があるために、受診されましたか。

どこが	いつから	どのような症状がありますか。あてはまる症状を○で囲んで下さい。
		熱がでた 頭が痛い 体がだるい 寒気がする 吐き気がする めまいがする
右耳		痛い かゆい 汁が出る つまる 聞こえない 耳鳴り 耳あか取って欲しい
左耳		痛い かゆい 汁が出る つまる 聞こえない 耳鳴り 耳あか取って欲しい
鼻		くしゃみが出る 鼻汁が出る (水ばな・黄色・緑色) つまる 花粉症
		かさぶたができる においを感じない 鼻血がでる いびきがひどい
口		痛い はれた 味がしない 口内炎
のど		痛い せきがでる たんがからむ はれた 声がかすれる 熱がある
		何かある感じ (違和感がある) 飲み込みにくい
首		痛い はれた 熱がある
その他		

2. 今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか。

いいえ	はい	→いつごろで、何の病気ですか？○で囲んでください。(いつごろ： _____)
病名：急性中耳炎 滲出性中耳炎 慢性中耳炎 鼻アレルギー (花粉症) 鼻炎 副鼻腔炎 (ちくのう症) 扁桃炎 アデノイド わからない その他 (_____)		

3. 現在、他の医療機関にかかっていますか。

いいえ	はい	→何科にかかっていますか。おさしつかえなければご記入ください。 内科 小児科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 脳外科 眼科 皮膚科 その他 医療機関名：(_____)
-----	----	---

4. 現在、お薬を飲まれていますか。

いいえ	はい	→お薬の名前を教えてください。 (_____)
-----	----	------------------------------

5. 今までに次の病気にかかったことがありますか。あれば○で囲んで下さい。

いいえ	はい	高血圧 糖尿病 気管支ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 動脈硬化 心筋梗塞 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 結核 その他アレルギー性疾患
-----	----	---

6. 今までに入院したり、手術したりしたことがありますか。おさしつかえなければご記入ください。

いいえ	はい	→いつごろ、何の病気ですか？ (いつごろ： _____)
-----	----	---------------------------------

7. 薬や食べ物などで気分が悪くなったり、発疹やショックなどを起こしたりしたことはありますか。

いいえ	はい	→その薬や食べ物の名前をご記入ください。 (_____)
-----	----	-----------------------------------

8. お子さんにお聞きします。薬が出たら、どれがよいですか。

粉末がよい シロップがよい 錠剤がよい どちらでも構わない

9. 女性の方へ (薬や治療法に関連しますのでお尋ねします)

- ・現在、妊娠していますか？ いいえ はい (ヶ月) わからない
- ・授乳中ですか？ いいえ はい (ヶ月)

10. 診療や薬などのことで伝えておきたいことがあれば、遠慮なくご記入ください。

(_____)

11. 当院を選ばれた理由を教えてください。(あてはまる項目を○で囲んでください)

看板・電話帳・知人友人・家族が受診・インターネット・医師からの紹介・その他 (_____)