

【問診票・初めての方】

ふりがな	年齢	15歳以下の方のみ体重を ご記入ください。	体温
お名前			℃
	歳	Kg	解熱剤服用 有・無

1) 本日はどこが悪くて来られましたか？当てはまる症状を○で囲んでください。

耳 (左 ・ 右)	鼻	のど	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・耳が痛い ・耳から液がでる ・耳がかゆい ・耳垢を取ってほしい ・音の聞こえが悪い ・耳がつまる感じがする ・耳鳴り ・異物感がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・花粉症 ・鼻血 ・異物感がある ・においがしない 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・飲み込みにくい ・声が出しづらい ・痰が出る ・咳が出る ・息苦しい ・異物感がある ・違和感 	<ul style="list-style-type: none"> ・めまい (裏面もご記入ください) ・頭痛 ・目のかゆみ ・首の腫れ ・その他 ()

2) 上記の症状はいつ頃からありますか？

()

3) レントゲン、内視鏡などの詳しい検査を希望しますか？

(する ・ しない ・ 必要があればする)

4) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)

薬剤名または食品名 ()

5) 現在、薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

何の薬ですか？ ()

6) 今までにかかった大きな病気に○をつけて下さい。

喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロール ・ 前立腺肥大
緑内障 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()

7) タバコは吸いますか？ (はい (本) ・ いいえ)

8) (女性の方のみ)

・現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)

妊娠 週、予定日 年 月 日

・現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

※めまいの方は、裏面のめまい問診表もご記入下さい。