

問診票

ふりがな		性別	生年月日	年齢	体重 ※のみ
氏名		男 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳	※小学生までのお子さん kg
住所	〒		電話番号（連絡のつく）		
			メール @		
どのような症状で来院されましたか？（主な症状をお書きください。）					
症状はいつ頃からですか？（「本日から」「他院で治療していた」等、具体的にお書きください。）					
お子さんの場合、希望の薬剤あれば教えてください。 シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤					
特に調べて欲しいこと、検査や治療の希望など 手術の相談、CT撮影、アレルギー採血、舌下免疫、耳あか除去、補聴器、その他（ ）					

・他に症状はありますか？

耳	鼻	のど	その他
聞こえにくい（右・左）	鼻がつまる	痛い	発熱（約 度）
痛い（右・左）	青バナ	イガイガする	頭痛
かゆい（右・左）	水バナ	たんが出る	吐き気
耳だれ（右・左）	のどに流れる	咳が出る	いびき
詰った感じがする（右・左）	くしゃみ	声がかすれる	睡眠時無呼吸
耳鳴り（右・左）	においが解らない	喉の違和感	腫れ物（しこり）がある
めまい	鼻血（右・左）	骨が刺さった	顔が半分動かない

・かかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい ぜんそく・アトピー・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病
結核・緑内障・前立腺肥大・その他（ ）

・現在服用中のお薬はありますか？

いいえ はい（ ）

・手術を受けたことはありますか？

ない はい（耳・鼻・心臓、肺、胃腸、乳腺 その他； ）

・薬や食べ物が体に合わなかったことはありますか？

いいえ はい 薬剤名・食べ物（ ）

・花粉症・アレルギー加療薬・予防薬でのご希望あれば○をおつけください。

鼻のスプレーは苦手・眠くならない薬がよい・眠気よりも効く薬がよい・特定の薬がある（ ）

・女性の方へ： 妊娠している可能性はありますか？

いいえ はい（妊娠 週） 授乳中

・タバコを吸いますか？ 吸わない・吸う（1日 本） ・以前吸っていた（ 年前 1日 本）

・当院を知ったきっかけは何ですか？

ホームページ（スマホ、PC） 広告を見た（看板、電話帳） 通りかかって
人に勧められた（差し支えなければ薦めてくださった方； ）
他院の紹介で（紹介状あり、なし） その他（ ）