

# 問 診 票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		ご職業	
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		歳 月
住 所	〒 ー 市		
電話番号	自宅	携帯	
携帯メールアドレス	@		
系列(梅華会耳鼻咽喉科グループ)のクリニックを受診したことはありますか? はい ・ いいえ			

メールにて院内情報や、耳鼻咽喉科の流行時の病気、季節イベントの連絡などお送りさせていただきます。

## 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) ・耳あか
- 鼻……鼻づまり(右・左) ・ 鼻みず(みずばな・黄色・緑色) ・くしゃみ  
鼻血(右・左) ・ かさぶたができる ・ においがしない ・花粉症
- のど……のどが痛い ・ 声がかれる ・ 咳が出る ・ 飲み込みにくい ・ 痰がからむ、  
口内炎 ・ 味がしない ・ のどがつまる(違和感がある) ・ 首がはれている
- ・甲状腺の相談 ・ 禁煙外来の相談 ・ いびきの相談
- ・めまい…ふらふらする ・ ぐるぐる回る
- ・熱がでている( °C) ・ 頭痛がする ・ その他( )

## 2. いつ頃から症状がありますか ( )

## 3. ご本人についてお尋ねします

- 1) 持病はございますか?  
喘息 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃・十二指腸潰瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大  
その他( )
- 2) 現在治療中のご病気はございますか? また、服用中のお薬はございますか?  
あり( ) ・ なし
- 3) 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?  
あり( ) ・ なし
- 4) 体重を教えてください 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 5) 喫煙( 本/日、 年) 飲酒( /日)
- 6) 現在妊娠中ですか? はい( 月) ・ いいえ ・ わからない  
授乳中ですか? はい ・ いいえ
- 7) 服用形態のご希望を、1~3の順にお知らせください。錠剤( ) ・ 粉( ) ・ シロップ( )
- 8) 次のうち、あてはまるものがありましたら○印をつけて下さい(該当項目のみ)。  
A)ジェネリック医薬品を希望 B)なるべく薬の服用は避けたい C)服用できない時間帯がある( 時頃)

## 4. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください(○印をつけて下さい・複数可)

- ( )タウンページをみて ( )駅看板(どちらの? 苦楽園口・甲陽園 駅)
- ( )系列のクリニックを受診したことがある ( 阪神西宮駅前 ・ 芦屋・武庫之荘 )
- ( )当院のパソコンのホームページをみて ( )当院以外のインターネットサイトをみて
- ( )当院の携帯ホームページをみて ( )『にしのみや子育てガイド』を見て
- ( )友人・知人(氏名: )さんから聞いて ( )家族・親族から聞いて
- ( )他の医療機関に聞いて(紹介を含む) ( )近所だから
- ( )西宮市民べんり帳をみて ( )ポストに投函されたチラシをみて
- ( )その他 ( )

## 5. 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。

( )

当院は耳鼻咽喉科領域・アレルギーを専門としております。また、超音波(エコー)による  
頸部・甲状腺の検査も行っております。ご希望の方は医師までご相談ください。