問　診　票

記入日　平成　　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
・めまい…ふらふらする、ぐるぐる回る
・熱が出ている（　　℃）　頭痛がする
・その他（　　）
2．いつ頃から症状がありますか
（　　）

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・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．体重を教えて下さい　体重　　kg
5．喫煙（　　本／日、　　年）　飲酒（　　／日）
6．現在、妊娠中ですか　はい（　　ヶ月）・いいえ・わからない
授乳中ですか　はい・いいえ
7．服用できない形態の薬はありますか？
錠剤・粉・シロップ

★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・携帯サイト・タウンガイド・友人知人・家族が受診
医師からの紹介・その他（　　）

下の項目にもご記入いただき、受付へお渡しください

フリガナ		職　業	
氏　名		男	女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	歳　　ヶ月	
住　所	〒　　ー 市		
電話番号	自宅	携帯	
Eメールアドレス			

診察券番号

梅岡耳鼻咽喉科クリニック