問　診　票

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		ご職業	
氏　名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳　　ヶ月	
住　所	〒　　ー 市		
電話番号	自宅	携帯	
携帯メールアドレス （任意）	@	お知らせの可否（ 可 ・ 不可 ）	
その他、DMやハガキにて院内情報、耳鼻咽喉科の疾患、季節イベントなどの情報をお送り致します。 不要な方は受付スタッフまでお申し出ください。			

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（　　℃）・ 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?
なし ・ 糖尿病 ・ 肝炎 ・ 肝疾患 ・ 喘息 ・ 心疾患 ・ 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?
なし ・ あり（　　）
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？
なし ・ あり（　　）
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（　　ヶ月）・ 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）。
（　） なるべく薬の服用は避けたい　（　） 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【クリニック名：　　】
（　）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
（　）芦屋市市民便利帳をみて　（　）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。

梅岡耳鼻咽喉科クリニック　　診察券番号　　□