

問診表

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
男・女		職業：	
身長：	cm	体重：	kg
		体温	℃
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(才)
住所	〒 -		
電話番号	()	携帯番号	()

★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください（複数可）

* 耳（右・左・両方）・・・きこえにくい・つまった感じ・ひびく感じ・水が入った感じ

耳鳴・耳だれ・かゆみ・痛み・耳あか

* めまい（ふわふわ・ぐるぐる・その他）がする

めまいとともに（頭痛・しびれ・話しづらい・肩こり・首こり）の症状がある

* 鼻（右・左・両方）・・・くしゃみ・鼻水（水様・黄色）・鼻づまり・鼻血・においがする・しない

できもの・痛み

* 花粉症・・・_____月ごろ 眼のかゆみ（なし・あり） ※花粉症の薬を希望の方は裏面も記入下さい

* のど・舌・・・痛み・声枯れ・せき・たん・違和感・魚骨などの異物感・味がわからない・口内炎

* かぜの症状（熱っぽい・だるい）関節の痛み（なし・あり）

* その他・・・（)

※その症状はいつからですか？

_____日前から _____週間前から _____ヶ月前から _____年前から

★以下の質問にお答えください

* 飲酒しますか（いいえ・はい 1日_____合 喫煙されますか（いいえ・はい 1日___本___年間）

* 他院で治療を受けている、またはお薬を飲まれていますか。（いいえ・はい）

病院のお名前：_____ お薬のお名前：_____

* 今までにかかったことのある病気を教えてください

糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・心臓病・不整脈・結核

血がとまりにくい病気・悪性腫瘍・その他（)

* 薬・注射のアレルギーはございますか？ いいえ・はい お薬のお名前：（)

* 食物でアレルギーはございますか？ いいえ・はい 食物のお名前：（)

* 車・バイク・自転車の運転をされますか？ いいえ・はい

* 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか？ いいえ・はい

男性の方はお答えください：

前立腺肥大の指摘を受けた、または尿が出にくいなどの症状がありますか（いいえ・はい）

女性の方はお答えください

現在妊娠中または授乳中ですか（いいえ・はい _____ヶ月・可能性あり・授乳中_お子様のご年齢 _____ヶ月・歳）

※当院をどうやってお知りになりましたか？

1. インターネット 2. ホームページ 3. 広告 4. 家族が通っている 5. 知人の紹介

6. 他院からの紹介（) 7. その他（)

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック