

# 問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男・女	職業：
※体重： kg	※妊娠中（ 月）・授乳中（お子様 月）・いいえ
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 ） ※めまいの受診を初めてされる方は予約制になります  
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

\* 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 ） ※体温 ℃

\* 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） ※お薬手帳持参の方は受付にお渡しください  
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・緑内障・喘息・胃潰瘍・心臓病・不整脈（現在あり・以前あった）

血がとまりにくい病気・悪性腫瘍・結核・前立腺肥大 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：（ ）

\* 普段運転されますか？ する・しない（ 車・バイク・自転車 ）

\* 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

※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