

# 問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	ID :
男 ・ 女	職業 :
※体重 : k g	※ 妊娠中 ( ヶ月 ) ・ 授乳中 ( お子様 ヶ月 ) ・ いいえ
生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日 ( 才 )
住所 〒 -	★住所・電話番号は変更がない場合は記載しなくても大丈夫です★
電話番号 ( )	携帯番号 ( )

## ★前回受診時と比べて症状はいかがですか？

・改善した ・変わらない ・症状が悪化した (どんな症状か : )

・今回は別症状で受診 ★別症状で受診の方は下記の記載をお願いします★

## ★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 ) ※めまいの受診が初めての方は予約になります

めまいとともに (頭痛 ・ しびれ ・ 話じづらい ・ 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 ★前回より変更のある場合は記載をお願いします★

\* 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下さい

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 : ( )

\* 普段運転はされますか？ 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 (裏面にある氏名・住所・電話番号等の記載は省略可)

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下さい。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック