

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 (月) ・ 授乳中 (お子様 月) ・ いいえ ・ 可能性がある *お薬をお出しするのに関係しますのでご記入をお願い致します
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★

※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

★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 ()

★以下の質問にお答えください ★前回より変更がある又は半年以上経っている場合は記入をお願いします★

*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)

・ 悪性腫瘍 ・ 前立腺肥大 ・ 動脈瘤 (現在あり・以前あった) 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？ (車 ・ バイク ・ 自転車) する ・ しない

※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ださい。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック