

# 問診表

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
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 〒 -	
電話番号（ ）	携帯番号（ ）

## ※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

\*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：（ ）

\*普段運転されますか？（車・バイク・自転車）する・しない \*花粉症のお薬希望の方は裏面もお願いします

## ※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