

問診表

令和 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・令和	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**

*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） 頭痛（あり・なし）

※体温 _____℃

*その他（ _____ ）

★以下の質問にお答えください

*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

*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 緑内障（あり・なし） 不整脈（現在あり・以前あった）

糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・心臓病・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：（ _____ ）

※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