

問診表

令和 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・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）

*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）

*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・なし） 高血圧（あり・なし）

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：（ _____ ）

*金属アレルギーはございますか？ いいえ・はい

※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