

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
生年月日 大正・昭和・平成・令和	年 月 日 (才)
住所 〒 -	※受診された事があり住所変更がない場合は記入不要です
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・痛み・耳だれ・かゆみ・耳あか

*鼻(右・左・両方)…くしゃみ・鼻水(水様・黄色)・鼻づまり・鼻血・痛み・できもの

*のど・舌…痛み・声枯れ・せき・たん・違和感・魚骨など異物感・味がわからない・口内炎

*その他の症状・気になる症状
()

※アレルギーについて※
原因としてわかっているものがあれば、○をつけてください
スギ・カモガヤ・ヒノキ・ブタクサ・ヨモギ・ダニ・ハウスダスト・その他()
困っている症状に○、特に困っている症状に◎をお書きください
くしゃみ・鼻水・鼻づまり・目のかゆみ・のどのかゆみ・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

*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)

*今までにかかった事がある又は治療中の病気に○をしてください :下記にない場合はその他に記入してください
緑内障・不整脈・糖尿病・高血圧・甲状腺疾患(バセドウ・橋本病・その他)・喘息
その他()

【アレルギーについての質問】

*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