

No.

問 診 票

記入日 R

ふりがな		男	生 年 月 日
氏名		女	大 昭 平 令 年 月 日生 歳 お子様のみ(歳 ヶ月)
住所	(〒 -)		15歳以下の方 体重()kg
電話番号	- -	体温(発熱がある方)	発熱はいつからですか?
携帯電話	- -		℃

本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○をつけて下さい。

耳	痛み(右 左)	耳掃除希望(右 左)	鼻	鼻水(緑 黄 白 透明) くしゃみ		
	かゆみ(右 左)	つまる感じ(右 左)		鼻がつまる	鼻水が喉に落ちる	
	難聴(右 左)	耳の下の腫れ(右 左)		においが分からない	変な臭いがする	
	耳だれ(右 左) → 何色ですか?(黄 透明 わからぬ)			出血(右 左)	鼻のかゆみ	
	耳鳴り(右 左) → 高い音 ・ 低い音			異物	目のかゆみ	頭痛
	出血(右 左)			発症日:		
めまい	発症日:		喉	痛み	骨が刺さった()	
	ぐるぐる回る	ふらつき		腫れている	声がかれている	
	立ちくらみ	吐き気		喉のかゆみ	息苦しさ	
	(1)めまいは初めてですか? いいえ・はい			異物感	胃酸が逆流する	
(2)頭を動かして辛い向きはありますか?		つまった感じ		発症日:		
上向き 下向き 左向き 右向き わからない			風邪	咳(かわいた咳・痰の絡んだ咳)		
(3)体に痺れはありますか? いいえ・はい				痰(緑 黄 白 透明)		
(3)めまいで病院を受診したことはありますか?			倦怠感	関節痛	悪寒	
いいえ・はい {			発症日:			
他	健康診断で受診するよう勧められた ・ アレルギー検査希望 ・ 補聴器相談 ・ いびき ・ 睡眠時無呼吸					

◆上記で○をした症状で他の病院を受診したことがありますか? いいえ・はい

◆いままでかかった病気、現在治療中の病気を教えて下さい。

副鼻腔炎(蓄膿症) 脳血管疾患 心臓病 高血圧 糖尿病 喘息 結核 前立腺肥大 緑内障

その他 {

◆現在、使用中のお薬はありますか? {

いいえ・はい

◆お薬でアレルギーがでたことがありますか? {

いいえ・はい

◆食物アレルギーはありますか? {

いいえ・はい

お子様のみご記入ください。

◆お薬のご希望形状に○をしてください。

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

◆熱性けいれんにかかったことはありますか? {

いいえ・はい _____ 歳

◆喘息と診断されたことはありますか? {

いいえ・はい _____ 歳

◆気管支拡張のシールを使用したことはありますか?(例:ホクナリンテープ)

いいえ・はい

◆解熱鎮痛剤を使用したことはありますか?(例:カロナール, ポンタール等)

いいえ・はい

女性の方のみご記入ください。

◆現在、妊娠中ですか？

いいえ・はい

現在_____週

現在_____ヶ月

◆現在、授乳中ですか？

いいえ・はい

※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にご提出ください。