問　診　票

No.

記入日	平成　　年　　月　　日			
ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日　才
氏名				
住所	〒		ご職業	
携帯電話番号		熱	あり　体温（現在）　℃	
		体重（お子様のみ）　kg		
内服中のお薬	なし・あり　薬名　　月　日～　日分			
合わないお薬	なし・あり（薬名　　）			

①現在の症状に○をおつけください

みみ（右・左・両）	はな	のど	その他
耳がかゆい	鼻がつまる	のどがいたい	目がかゆい
耳がいたい	鼻水がでる	舌がいたい	頭がいたい・おもい
耳だれがでる	くしゃみ	声がかすれる	めまいがする
きこえがわるい	鼻血	せき	はきけ
耳鳴りがする	においがわからない	たん	いびき
耳あか	のどに鼻水がおりる	（　　）	（　　）
（　　）	（　　）	（　　）	（　　）

花粉症予防（ご希望がありましたら○をおつけください）

飲み薬	・眠くならないもの　・眠気よりもより効く薬　・いつもの薬	
点鼻薬	希望　あり　・　なし	
点眼薬	希望　あり　・　なし	コンタクトの使用　あり　・なし

②それは、いつ頃からですか？　（　　頃から）

③この症状で他の病院の診察は受けられましたか？

・受けてない

・受けた　病院名（　　）　治療内容（　　）

④アレルギー体質がありますか？　なし　・　あり（該当に○をおつけください）

アレルギー性鼻炎　・　花粉症　・　アトピー性皮膚炎　・　ぜんそく

食物アレルギー（　　）　・　その他（　　）

※　アレルギー検査を希望しますか？　希望する　・　希望しない

⑤今までに耳鼻咽喉科の病気をしたことがありますか？　なし　・　あり

病名　（　　）

⑥その他に大きな病気や手術をしたことがありますか？　なし　・　あり

・糖尿病　・高血圧　・肝臓病　・心臓病　・結核　・前立腺肥大　・その他（　　）

⑦喫煙　しない　・　する　　⑧飲酒　しない　・　する

⑨妊娠　なし　・　あり（　　ヶ月）　⑩授乳　なし　・　あり

⑪その他気になることがございましたらご記入ください

（　　）

目黒駅前みみはなのどクリニック