

# 問 診 票

No.

記入日	西暦 年 月 日			
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名				年 月 日
住所	〒		ご職業	
携帯電話番号			熱	あり 体温 (現在) °C
			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感染症にかかったことがありますか？ なし ・ あり ( )

⑥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 ( )

⑦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 ( )

⑧喫煙 しない ・ する      ⑨飲酒 しない ・ する

⑩妊娠 なし ・ あり ( ) ヶ月) → 出産予定日 年 月 日

⑪授乳 なし ・ あり

⑫その他気になることがございましたらご記入ください

( )