

記入年月日： 年 月 日

## 問診表

フリガナ  
氏名：

生年月日： 年 月 日

住所：〒

自宅 TEL:

勤務先 TEL:

体重(15歳以下の方) Kg

携帯 TEL:

今日はどのような症状で来られましたか？下記に○印をつけてください。

その症状はいつからですか？( )

耳	鼻	のど	その他
耳あかがつまっている	痛みがある	痛みがある	メマイがする
痛みがある(左・右)	鼻が出る	声がかすれる	フワフワ感がある
みみだれが出る(左・右)	鼻が詰まる	咳が出る	吐き気がある
耳鳴がする(左・右)	くしゃみがひどい	痰がからむ	頭痛がする
かゆみがある(左・右)	鼻血が出る(左・右)	つまった感じがする	熱がある( °C)
聞こえにくい(左・右)	できものがある	いびきがひどい	
つまった感じがする(左・右)	ニオイがわかりにくい	無呼吸があるといわれる	

その他にかご相談があればお書きください。

・現在、なにか薬を飲んでいますか？

はい→クスリの名前( )

・現在、治療中のご病気はありますか？

はい→病名( )

・過去に大きなご病気をされたことがありますか？

はい→病名( )

・次のようなご病気をされたことがありますか？

胃十二指腸潰瘍、糖尿病、心臓病、腎臓病、肝機能障害、喘息、結核、緑内障、白内障

・これまで身体に合わなかった飲み薬や注射、食事はありますか？(蕁麻疹が出た、など)

薬品名( )

食品名( )

・嗜好について

タバコ数1日( )本 以前に喫煙されていた方1日 本 年前まで

飲酒量( )/日 以前に飲酒されていた方( )/日

・女性の方にお伺いいたします。

現在、妊娠の可能性はありますか？(はい・いいえ) 妊娠されていますか？( )週

現在、授乳中ですか？(はい・いいえ)

\*クリニックを何で知りましたか？

〔看板、インターネット、チラシ、近くで勤務、知人の紹介( )さま、その他 〕