問 診 票

ふりがな			性別	男 ・ 女	年齢	大・昭・平　年　月　日 歳　ヶ月	
名前							
住所	〒　－				電話番号	（　）	
身長	cm	体重	kg	当院を受診した理由	見かけた・広告・インターネット・知人等の紹介		

（1）本日はどのような理由で当院を受診されましたか。特に気になる症状には二重丸をつけてください。

みみ	耳痛、耳だれ、腫れている、かゆい、耳がつまった感じ、聞こえにくい、耳鳴り、耳あか、めまい
はな	はなみず、つまる、くしゃみ、くさい、痛い、腫れている、出血、のどに流れる、においがわからない
くち	口が痛い、舌が痛い、口の中に何かができている、味がわからない、口の中がかわく
のど	のどが痛い、しゃべりにくい、のどがかわく、のどに何かがある感じ、のみこみにくい、声が出にくい せきが出る、たんが出る、たんに血が混じる、息がくるしい、いびきが大きい、睡眠中に息が止まる
くび	はれものができた、甲状腺がはれている、グリグリが触れる、くびが痛い
かお	顔がゆがんだ、顔がはれた、顔が痛い、顔がケイレンする

・熱はありましたか。
　な い ・ **あ る**　（　　℃、それはいつ頃からですか。　→　　頃）

・その他に気になる症状はありますか。（　　）

（2）（a）今の症状はいつ頃から始まりましたか。（　　）
　（b）以前に同じようなことがありましたか。
　　な い ・ **あ る**　（それはいつ頃ですか。　→　　頃）
　（c）今までどこかで治療を受けましたか。
　　受けない ・ **受けた**　（病名：　　治療時期：　　医師・病院名：　　）

（3）現在病気で（耳鼻科以外の病院も含めて）医院または病院にかかっていますか。
　かかっていない ・ かかっている（病院名、処方薬：　　）

（4）今までに手術を受けたことがありますか。
　耳鼻科の手術　　1） な い　2） **あ る**（　　）
　耳鼻科以外の手術　　1） な い　2） **あ る**（　　）

（5）お薬により、体に異常のあったことがありますか。
　な い ・ **あ る**　（具体的に　　）

（6）ジェネリック薬品を希望されますか。
　希望する ・ 希望しない

（7）今までにかかったことのある病気がありますか。また、それは何歳のときですか。
　心臓病(　歳)、高血圧(　歳)、肝臓病(　歳)、腎臓病(　歳)、糖尿病(　歳)、貧血(　歳)
　胃腸病(　歳)、交通事故(　歳)、ぜんそく(　歳)、その他(　　)

（8）タバコは吸いますか。
　はい（　歳から　本／日）・いいえ・止めた（　歳から　歳まで、　本／日）

（9）お酒はのみますか。
　はい（　歳から　合／日）・いいえ・止めた（　歳から　歳まで、　合／日）

（10）女性の方のみにお聞きします。可能な範囲でお答えください。
　（a）妊娠されていますか。　**はい**（現在　ヶ月　週）　・　いいえ
　（b）授乳されていますか。　**はい**　・　いいえ

記入が終わりましたら、受付にお持ちください。