問 診 票

ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	大・昭・平・令　年　月　日 歳　ヶ月		
名前							
住所	〒　－			電話番号	自宅: （　　） 携帯: （　　）		
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 食事がとれない、水分がとれない
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、他の医療機関からの薬、または市販薬を使用していますか。
　ない ・ 薬手帳に記載ある ・ アプリに入っている ・ ある
（　　）

（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）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（　　）

（7）喫煙、飲酒はしますか。
　喫煙：　**はい**（　歳から　本／日）・いいえ・止めた（　歳から　歳まで、　本／日）
　飲酒：　**はい**（　歳から　合／日）・いいえ・止めた（　歳から　歳まで、　合／日）

（8）日常的に車やバイクの運転をされますか。
　はい ・ いいえ ・ たまに

（9）ジェネリック医薬品への変更を希望されますか。
　希望する ・ 希望しない ・ どちらでもよい

（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　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。