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	鼻水、つまる、くしゃみ、くさい、痛い、はれている、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
花粉症	鼻水、つまる、くしゃみ、眼の痒み（裸眼・眼鏡・コンタクトレンズ（１日、２週、それ以外））
その他	体がだるい、ふしぶしが痛い、寒気がする、頭痛がある

・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）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。

あさひ耳鼻咽喉科