

体温 ℃

フリガナ		男・女	〒	-		
お名前				ご住所	市/郡	町

ご連絡先	ご自宅	()	-	携帯電話	()	-
------	-----	-----	---	------	-----	---

生年月日	T/S/H/R	年	月	日	誕生	歳	身長	cm	体重	kg
------	---------	---	---	---	----	---	----	----	----	----

本日お薬手帳 (あり ・ なし)

問 診 票 【該当項目だけご記入ください】

どこが悪いのですか？ (今、一番調子の悪いところ) [耳 ・ 鼻 ・ のど ・ めまい ・ _____]

いつからの症状ですか？ [_____]

★薬の副作用はおありですか？ [ない ・ ある _____]

★過去に治療経験はおありですか？ [ない ・ ある _____]

★タバコをお吸いになられますか？ [吸わない ・ 吸う _____ 本 / 1日]

★お酒はお飲みになられますか？ [飲まない ・ 飲む _____ 日 / 1日]

これまでにかかった病気がおありですか？ [_____]

(入院や手術をした病気)

アレルギー・喘息と診断された事はおありですか？ [ない ・ ある _____]

現在治療中の病気がおありですか？ [ない ・ ある _____]

女性の方へ、現在妊娠されていますか？ [はい ・ いいえ _____ ヶ月]

◎ 耳は (右 ・ 左) です。

- ・ 耳が痛い [有 ・ 無]
- ・ 耳から汁が出る [有 ・ 無]
- ・ 耳がかゆい [有 ・ 無]
- ・ 耳閉感 (耳が詰まる) [有 ・ 無]
- ・ 難聴 (聞こえが悪い) [有 ・ 無]
- ・ 耳鳴り [有 ・ 無]

◎ のど

- ・ のどが痛い [有 ・ 無]
- ・ 咽頭の異物感 [有 ・ 無]
- ・ せき [有 ・ 無]
- ・ たん [有 ・ 無]
- ・ 声がかすれる [有 ・ 無]

◎ 鼻

- ・ 鼻水 [有 ・ 無]
- ・ 鼻閉 (鼻づまり) [有 ・ 無]
- ・ いびき [有 ・ 無]
- ・ 後鼻漏 (鼻がのどに流れる) [有 ・ 無]
- ・ くしゃみ [有 ・ 無]
- ・ 鼻血が出る [有 ・ 無]

◎ めまい

- ・ 目がまわる [有 ・ 無]
- ・ めまいが続いている時間 [分 ・ 秒]
- ・ たちくらみ [有 ・ 無]
- ・ フワフワする [有 ・ 無]

◎ その他 (上記に該当するところがなければ、こちらにご記入ください。)

[

・ ご自身または同居する方に”いびき” ”無呼吸” ”慢性的な眠気”が気になる方はいらっしゃいますか？

(イ)いない (ロ)いる

・ ご自身または同居する方に”年間を通して鼻水・鼻づまりでお悩みの方はいらっしゃいますか？

(イ)いない (ロ)いる

- | | |
|---------|---|
| 受診のきっかけ | 1. 近所だから 2. 看板をみて
3. インターネット・HPをみて (検索ワード: _____)
4. 知人の紹介 5. 家族の紹介
6. 医療機関まとめサイト (病院ナビ・ドクターズファイル・Calooなど)
7. Googleマップ 8. その他 (_____) |
| 来院の方法 | 1. 車 2. 電車 3. バス 4. 自転車 5. 徒歩 |