

# 問 診 票

体温 ℃

フリガナ		男・女	ご住所	〒 _____ 市/郡 _____ 町 _____ 番地 _____
お名前				

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

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

本日お薬手帳 ( あり ・ なし )

**どこが悪いですか？** (今、一番調子の悪いところ) 1. 耳 2. 鼻 3. のど 4. めまい 5. その他( \_\_\_\_\_ )  
○で囲んだ番号の項目へお進みください。

**いつからの症状ですか？** [ \_\_\_\_\_ ]

**該当する項目に☑チェックをしてください。**

1. 耳は ( 右 ・ 左 ) です。

- 耳が痛い
- 耳から汁が出る
- 耳がかゆい
- 耳閉感 (耳が詰まる)
- 難聴 (聞こえが悪い)
- 耳鳴り
- 耳垢除去 (耳のそうじ)

2. のど

- のどが痛い
- 咽頭の異物感
- せき
- たん
- 声がかすれる

3. 鼻

- 鼻水
- 鼻閉 (鼻づまり)
- いびき
- 後鼻漏 (鼻がのどに流れる)
- くしゃみ
- 鼻血 (右・左) が出る

4. めまい

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

◎ 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。)

★過去に耳鼻科治療経験はおありですか？ [ ない ・ ある \_\_\_\_\_ ]

現在治療中の病気がおありですか？ [ ない ・ ある \_\_\_\_\_ ]

これまでに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 \_\_\_\_\_ ]

★薬の副作用はおありですか？ [ 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 \_\_\_\_\_ 〇 / 1日 ]

**女性の方へ、現在妊娠されていますか？** [ いいえ ・ はい \_\_\_\_\_ ケ月 ]

・ 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を見て (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 (病院ピ` Galoo等) 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