

問 診 票

体温 ℃

フリガナ		男・女	ご住所	〒	—		
お名前			市/郡	町	番地		
ご連絡先	携帯電話	()	—	ご自宅	()	—	
生年月日	T/S/H/R	年	月	日	生れ	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。

- | | |
|--|--|
| <p>1. 耳は (右 ・ 左) です。</p> <p><input type="checkbox"/> 耳が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 耳から汁が出る</p> <p><input type="checkbox"/> 耳がかゆい</p> <p><input type="checkbox"/> 耳閉感 (耳が詰まる)</p> <p><input type="checkbox"/> 難聴 (聞こえが悪い)</p> <p><input type="checkbox"/> 耳鳴り</p> <p><input type="checkbox"/> 耳垢除去 (耳のそうじ)</p> | <p>2. のど</p> <p><input type="checkbox"/> のどが痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 咽頭の異物感</p> <p><input type="checkbox"/> せき</p> <p><input type="checkbox"/> たん</p> <p><input type="checkbox"/> 声がかすれる</p> |
| <p>3. 鼻</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻水</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻閉 (鼻づまり)</p> <p><input type="checkbox"/> いびき</p> <p><input type="checkbox"/> 後鼻漏 (鼻がのどに流れる)</p> <p><input type="checkbox"/> くしゃみ</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻血 (右・左) が出る</p> | <p>4. めまい</p> <p><input type="checkbox"/> 目がまわる</p> <p><input type="checkbox"/> めまいが続いている時間 [分 ・ 秒]</p> <p><input type="checkbox"/> たちくらみ</p> <p><input type="checkbox"/> フワフワする</p> |

◎ 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] | ℓ / 1日 |
| 女性の方へ、現在妊娠されていますか？ | [いいえ ・ はい] | ヶ月 |

- ・ 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