

問診票

ふりがな

T・S・H

お名前

(男・女) 生年月日 年 月 日 歳

〒

電話 ()

住所

携帯 ()

体重 _____ kg 身長 _____ cm 体温 _____ °C ご職業 _____

★いつから症状が出ましたか _____ 日前から _____ 週前から _____ 月前から

★どのような症状ですか

耳掃除希望

耳が痛い	(右・左)	鼻水 (水様性・黄色・ねばねば)	のどが痛い
耳がつまる	(右・左)	鼻がつまる	痰がでる
耳がかゆい	(右・左)	くしゃみ	痰からむ咳・から咳
みみだれ	(右・左)	鼻がのどに落ちる	のみこみにくい
聞こえが悪い	(右・左)	においがしない	声がかれる
耳鳴り	(右・左)	鼻血 (右・左)	食事/水がとれない
めまい (ぐるぐる・ふわふわ)		ほほ・おでこが痛い	息が苦しい
耳の下がはれる	くびがはれる	頭痛	のどの違和感
その他 ()	いびき・無呼吸

★体に合わない薬・食物 薬 () 食物 ()

★喫煙について 1日 _____ 本 約 _____ 年間喫煙

★お酒について 毎日飲む 週 _____ 回 月 _____ 回 ほとんど飲まない

★女性の方 妊娠の可能性あり 妊娠 _____ 週 授乳中

★現在治療中、またはかかったことのある病気は

高血圧	心臓病	気管支喘息	糖尿病	腎臓病
脳梗塞・脳出血	肝炎	胃潰瘍	緑内障	前立腺肥大
その他 ()		

★いつも飲んでいる薬 ()

★今まで受けた手術、入院

入院 _____ 歳 病名 ()

手術 _____ 歳 病名 ()

★何を見て当院を知りましたか？

紹介 (家族	知人	医療機関)	ホームページ	検索サイト
看板 (駅	電柱)	その他 ()