

No. _____

問 診 表

年 月 日

ふりがな 受診者氏名	職業()
(男・女) 生年月日 明 大 昭 平	年 月 日 () 才
住 所	TEL() -

No. _____

※○をつけるか記入して下さい。

- ① どうされましたか？ (12才以下の方 _____ kg)
- ・(右耳が・左耳が・両耳が)痛い・かゆい・耳だれがでる・聞こえにくい
 - ・耳鳴りがする・つまった感じがする・めまい・耳そうじ
 - ・鼻がでる・くしゃみがでる・鼻がつまる・鼻血がでる・頭が重い
 - ・のどが痛い・のどに異物感がある・声がかれる・咳がでる・たんが多い
 - ・熱がある(_____ °C)・その他(_____)
- ② いつ頃からですか？ 日前より(_____ 週間前より _____ ケ月前より)
- ③ 今までに耳鼻咽喉科の病気にかかったことはありますか？ ある・ない
- ・中耳炎・アレルギー性鼻炎(花粉症)・難聴・耳鳴り・めまい・副鼻腔炎(ちくのう症)
- ④ 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？ ある・ない
- ・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病(肝炎)・腎臓病・胃潰瘍・喘息・アトピー性皮膚炎
 - ・その他(_____)
- ⑤ 血縁関係の方で上記④の病気の方がおられますか？
- ・いる(_____)が(_____)
 - ・いない
- ⑥ 現在内服中の薬がありますか？
- ・ない
 - ・ある(おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)
 - (_____)
- ⑦ 今まで薬や注射で、体に異常をおこしたことがありますか？
- ・ない
 - ・ある(おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)
 - (_____)
- ⑧ 卵あるいは牛乳のアレルギーはありますか？
- ・ない
 - ・ある(卵・牛乳)
- ⑨ 以下に該当する方は○をつけて下さい
- ・妊娠中(_____ 週)
 - ・授乳中
- ⑩ タバコはすわれますか？
- ・すわない
 - ・すう(1日約 _____ 本、約 _____ 年間)
- ⑪ アルコールはのまれますか？
- ・のまない
 - ・のむ(_____)
- ⑫ 当院を何でお知りになりましたか？
- ・友人知人から・新聞チラシ・看板広告・タウンページ・当院を直接見て
 - ・家族受診・他院から紹介・インターネット

