

年 月 日

## 問診票

\*カルテ番号

フリガナ  
お名前

(12歳以下の方) 体重 \_\_\_\_\_ kg

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳	性別： 男 女
住所：〒 ( ) 都・県 市・区・郡	電話番号 - - 携帯番号 - -
ご職業 (任意)：	同居のご家族 あり なし
*緊急連絡先：お名前 ( )	電話番号 - -

Q 今日はどうされましたか？○をつけてください。特に強い症状には◎をつけてください。

- 耳……………耳が痛い 耳だれ 聴こえが悪い 急に聴こえなくなった ふさがった感じがする  
耳鳴り その他 ( )
- 鼻……………鼻づまり 鼻汁 鼻血 鼻汁がのどにまわる 頭が重い  
臭いがわかりにくい くしゃみが出る その他 ( )
- のど……………のどが痛い 声がかすれた せきが出る たんが出る いがらっぽい
- 口の中……………味がわからない 口内炎がある その他 ( )
- めまい 6. その他 ( )

Q 上記の症状をくわしく記入してください。

- いつ頃から？ ( ) どちら側でどのあたりが？ ( )  
 どんな感じ？ ( )  
 この症状について治療を受けましたか？

はい (いつ ) 病・医院名 ( ) ・ いいえ

Q 上記の症状について、心当たりのことがあれば記入してください。

Q 現在飲んでいる薬がありますか？ はい (薬の名前： ) ・ お薬手帳あり) ・ いいえ

Q 耳鼻咽喉科の病気にかかったことがありますか？ はい (病名 ) ・ いいえ

Q 以下のような病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病・高血圧・胃潰瘍・喘息・肝臓病 ( ) ・ 緑内障  
 心臓病 ( ) ・ 甲状腺 ( ) ・ その他 ( )

Q 手術の経験がありますか？ はい (病名： ) ・ いいえ

Q 歯の治療の際に麻酔で具合が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ ・ 麻酔経験なし

Q 薬や食物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

(薬 ) (食物 ) (その他 )

Q 飲酒 (何を 1日に 位) ・ 飲まない Q タバコ 1日 本位 年間 ・ 吸わない

Q 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ (現在妊娠中の方 カ月)

Q 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

Q (未就学時のみ) 保育園の都合等で薬は1日2回までの服用を希望しますか？ はい ・ いいえ