

年 月 日

問診票

*カルテ番号

(フリガナ)

お名前

(男・女)

(12歳以下の方) 体重 _____ kg

同居のご家族 あり ・ なし生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

現在の体温 _____ °C

ご職業 _____

住 所 (〒 -) 都 県

電話番号 (自宅) () 携帯番号 - -

*緊急連絡先 お名前 () 同居・別居 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。

1. 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 ()
2. 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 ()
3. 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
4. 口の中……………味がわからない 口内炎がある その他 ()
5. 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