問 診 票

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日
お名前	様		自宅又は携帯	ー(　　)ー
			緊急連絡先	ー(　　)ー 父・母・職場・その他（　　）
ご住所 〒　　ー			ご　職　業	

※体重記入【　　kg：１５歳以下必須】　　※熱【現在：　　℃】

（※女性の方へ質問です。
現在、妊娠していますか　　いいえ・可能性あり・はい　　【出産予定日　　年　　月　　日】
授乳中ですか　　いいえ・はい　　【子供　ヶ月】）

★アレルギーはありますか？

卵【なし・あり】　乳製品【なし・あり】　アルコール【なし・あり】　喘息【なし・あり】
【スギ・ハウスダスト・ダニ・イネ・ガ・雑草・カビ・カモガヤ】
その他【なし・あり　種類：　　】　ペットを飼っていますか？【　　】

★注射・麻酔・内服薬・食品などで具合がわるくなったことはありますか？

【なし・あり　薬品名・食品名：　　】

★熱性けいれんになったことがありますか？　【なし・あり】

★現在、他の病院に通院したり、又は他の病院から処方されたお薬を内服していますか？

【はい・いいえ】→薬の名前を書いた手帳等を、受付にお持ちください
【病院名　　】【病名　　】【お薬名　　】

★今まで、入院・手術等の治療を受けたことはありますか？［耳鼻咽喉科に限らず］

【はい・いいえ】
【いつ頃　　】　【病名　　】

《本日の症状について》

★いつから症状がありますか

【ついさっき・今朝・昨日・２～３日前・１週間位前・その他：　　】

★下記の当てはまる項目に☑を、症状には○をつけてください。（あてはまるものはいくつでも選んで下さい）

▼鼻について
- □くしゃみ・鼻ムズムズ
- □鼻水【色：透明・黄緑っぽい】【粘りあり・水っぽい】
- □鼻づまり・鼻声
- □鼻【かゆい・乾く・痛い】
- □鼻血【みぎ・ひだり】

▼耳について
- □耳垢　【みぎ・ひだり】
- □耳痛　【みぎ・ひだり】
- □耳だれ　【みぎ・ひだり】
- □耳かゆい　【みぎ・ひだり】
- □耳鳴り　【みぎ・ひだり　どんな音？：　　】
- □圧迫感・閉塞感　【みぎ・ひだり】
- □耳の聞こえが悪い　【みぎ・ひだり】【急に・徐々に】

▼のどについて
- □せき【痰からむ・乾いている】
- □痰・鼻水がのどに落ちる
- □のどが痛い・飲み込みにくい・のどつまり
- □のどのかゆみ・のどイガイガ
- □声がれ・声でにくい

▼その他の症状
- □めまい【グルグル・フラフラ】
- □吐き気・嘔吐
- □口内炎・舌が【荒れる・痛い】
- □めやに・涙目・目のかゆみ・充血
- □頭痛【おでこ・眉間・こめかみ・全体・その他：　　】
- □においがしない
- □味覚を感じない

★複数症状のある方、今日一番気になる症状はどれですか？

【　　】

★上記以外の症状など何かありましたら、ご記入下さい。

【　　】