

# 初めてご来院の方に(問診表)

No. \_\_\_\_\_

ふりがな				生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 ( 歳)
お名前				男 女				
ご住所							発熱 ある方	度
お電話	なし	( )	-	携帯電話	なし		体重	kg

(1) 今日はどうされましたか (□の中に☑をつけて下さい。複数可)  
 複数しるしをつけられた方は一番つらい症状に○をおつけ下さい。

耳 (右・左・両方)

- 耳が痛い
- 耳だれが出る
- 聞こえが悪い
- 耳がふさがった感じ
- 耳鳴りがする
- 耳がかゆい
- 耳あかを取ってほしい

鼻

- 鼻水がでる  
(黄色・緑色・白色・透明)
- 鼻づまり
- くしゃみ
- 鼻血 (右・左・両方)
- においがわからない
- 鼻のどにおりる

のど

- のどが痛い
- つかえ感、異物感
- 声がかすれる
- せき  たん
- 扁桃腺がよくはれる
- 息苦しい
- いびき
- 味がわからない

その他

- めまい
- ふらつき
- 頭痛
- 頭が重い

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書き下さい。

( )

(2) 上記の症状はいつ頃からですか

今日から ( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から

(3) (1)の症状・病気で現在もしくは最近まで他院で治療などを受けていたことがありますか

- ない  ある (わかれば病名をお書き下さい)

(病名 病院名 )

(4) 現在、内服中の薬がありますか (耳鼻科以外の薬や市販薬も含みます)

- ない  ある

お薬手帳や薬の用紙等あり (ご提示下さい)  
 薬剤名

(5) 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

- ない  高血圧  糖尿病  胃潰瘍  喘息  アトピー性皮膚炎  緑内障  
 C型肝炎  B型肝炎  A型肝炎 その他 ( )

(6) 今までに薬や注射で、体に異常をおこしたことがありますか

- ない  ある 薬剤名 ( )

(7) 女性の方で、以下に該当する方は○をつけて下さい

妊娠中 週 妊娠の可能性あり 授乳中 妊娠なし

(8) 家族の方が当院を受診されたことはありますか

- はい  いいえ

(9) 当院を何でお知りになりましたか (複数可)

- 家族より  知人より  近所・通りがかり  看板  インターネット  電話帳  
 医療機関より紹介  その他 ( )