初めて受診される方へ（問診表）No.

ふりがな		生年月日	M・T・S・H・R	発熱ある方　　度	
お名前	男 女		年　月　日	体重	※中学生までは必須 kg
ご住所					
〒	☎ 📱			飲み薬	粉・錠

⑴今日はどうされましたか（□の中に☑をつけて下さい。複数可）

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
□鼻がのどにおりる

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

上記以外の症状や書き足らないこと、希望する検査などがあれば具体的にお書き下さい。

［　　］

⑵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

⑶⑴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ください）
［病名　　病院名　　］

⑷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あり（ご提示下さい）
薬剤名　　］

⑸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（　　）

⑹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　　］

⑺女性の方で、以下に該当する方は〇をつけて下さい
出産予定日　　月　　日　　妊娠の可能性あり　　授乳中

⑻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

⑼当院を何でお知りになりましたか
□1.家族　□2.知人　□3.近所　□4.看板　□5.ホームページ　□6.クチコミサイト　□7.LINE
□8.インスタ　□9.YouTube　□10.他の医療機関　□11.その他（　　）