

一般問診票

ふりがな		男・女	西暦	
お名前			年 月 日生(才)	
ご住所	〒	電話番号	()	
			職業	

①当院をお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答可）

家族から・親族から・知人から・他の医療機関から・近所
 当院ホームページ・当院以外のホームページ・その他 ()

②現在困っていることをお答えください。（当てはまるものに全てに○をつけてください）

耳 みみ	耳のいたみ 耳から汁がでる 耳あか 耳のかゆみ きこえにくい 耳なり 耳のふさがる(つまる)感じ 自分の声がひびく その他 ()
鼻 はな	鼻水(黄色・ねばねば・水っぽい) 鼻づまり くしゃみ 鼻のいたみ 鼻血 鼻水がのどに流れる においがわからない その他 ()
咽喉 のど	のどのいたみ せき たん 声がかすれる のどにひっかかる 息苦しい いびき のどの違和感 その他 ()
口・舌 くち・した	いたい しびれる 味がわからない 何かできている その他 ()
その他	頭痛 めまい 立ちくらみ 吐き気 嘔吐(もどす) 発熱()℃ インフルエンザ検査希望 その他 ()

③アレルギー体質がありますか？ (なし・あり)

アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 ぜんそく 食物アレルギー (卵)

④今までに薬で異常が出たことがありますか？ (なし・あり)

飲み薬 注射 外用薬 → 薬の名前 ()

⑤現在治療している病気または過去にした病気がありますか？ (なし・あり)

糖尿病 高血圧 低血圧 肝臓病 B・C型肝炎 腎臓病(透析をしている・していない) 心臓や血管の病気
結核 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他 ()

⑥現在薬をのんでいますか？ (なし・あり)

薬の名前 ()

⑦今までに手術をしたことがありますか？ (なし・あり)

病名 () 時期 () 年 () 月頃 ()

⑧今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか？ (なし・あり)

病名 () 時期 () 年 () 月頃 ()

⑨現在、妊娠していますか？ (いいえ・はっきりしない・はい)

⑩現在授乳中ですか？ (いいえ・はい)

⑪嗜好についてお答えください。

たばこ：1日に(本位)(才から)(才から禁煙) 酒：1日に(位)(才から)

⑫うがい薬は必要ですか？(いいえ・イソジン[茶色]・アズノール[青色]) トローチは必要ですか？(不要・要)

⑬その他、お困りのこと、お聞きになりたいことがあればお書きください。

(錠剤ダメ・粉薬ダメ・水薬ダメ) ()