

問診表

診察券番号: _____

ふりがな _____

大正・昭和・平成・令和・西暦

お名前 _____ 男・女 生年月日 _____年____月____日 _____歳
〒

住 所 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

電話番号 _____ (携帯・自宅) 緊急連絡先 _____

職業または在学 _____

1) 本日はどのような症状で受診されましたか？

耳	右耳・左耳・両耳 痛み かゆい 耳だれ 耳鳴り 聞こえが悪い ふさがった感じ 耳そうじ
鼻	鼻水 かゆい つまる くしゃみ 鼻血 頬が痛い 頭が重い 鼻水がのどに流れる 匂いがわからない
口やのど	痛み 咳 痰 声かれ 口内炎 舌が痛い 何かある 飲みこみにくい 味がわからない 魚の骨が刺さった
めまい	ぐるぐる回る ふわふわする 吐き気がする
全身の症状	頭痛 体がだるい 吐き気 機嫌が悪い いびき 夜中に息が止まる 発熱 (いつから 現在 °C/一番高い時 °C)
花粉症の方	目のかゆみ なし・あり コンタクトの使用 なし・あり 以前効いた薬 () 効かなかった薬 ()

2) その症状はいつ頃からありますか？

今日から ・ () 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から

3) 薬や食べ物のアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい ()

4) 今までにかかった病気はありますか？

ぜんそく ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 肝炎 ・ 腎臓病
悪性腫瘍 ・ その他 ()

5) 女性の方

妊娠していますか？ いいえ ・ はい (週目 ・ 出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

6) 喫煙歴がありますか？

いいえ ・ 以前は吸っていた (1日 本× 年) ・ 現在吸っている (1日 本× 年)