



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

郵便番号 〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ 続柄() 緊急連絡先 _____ 続柄()

職業・在学学校 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

●本日はどのような症状で受診されましたか？

耳 (右・左)	耳そうじ 痛み かゆい 耳だれ 耳鳴り 聞こえが悪い ふさがった感じ サーファーズイヤヤー その他()
鼻 (右・左)	鼻水(透明 白 黄緑) かゆい つまる くしゃみ 頬が痛い 頭が重い 鼻水がのどに流れる 鼻血 匂いがわからない その他()
口やのど	痛み 咳 痰 声がれ 声が出ない 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 その他()
めまい	ぐるぐる回る ふわふわする 吐き気 その他()
全身症状 発熱	頭痛 体がだるい 吐き気 機嫌が悪い いびき 無呼吸 首の腫れ 顔のゆがみ 発熱(いつから: 現在: °C / 一番高い時: °C)
花粉症	目のかゆみ(あり・なし) コンタクトの使用(あり・なし) アレルギー検査希望 効いた薬() 効かなかった薬()
その他	

●症状はいつ頃からありますか？ 今日 () 日前から () ヶ月前から () 年前から

●薬剤や食べ物のアレルギーがありますか？

いいえ・はい ()

●今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

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 緑内障 前立腺肥大 悪性腫瘍
その他()

【喫煙歴がある方】 以前吸っていた(1日 本× 年) ・ 現在吸っている(1日 本× 年)

【女性の方】 妊娠していますか？ いいえ・はい(週目)授乳中ですか？ いいえ・はい【ご希望の方のみ記入】 手術の希望がありますか？ 鼻・耳・のど

☆投薬中の方やお薬手帳をお持ちの方は受付に出してください☆