問　診　票

スタッフ記入欄	
受診月日	
I　D	

フリガナ		性別	生　年　月　日
氏名		男 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日（　才）

住所・電話番号

〒　　－

☎　　－　　－

お持ちの方は必須→　携帯

■今一番困るところはどこですか

・両耳
・右耳　・左耳
・鼻　・のど
・めまい　・異物
・風邪症状　・その他

・採血によるアレルギー検査を希望

体重　　kg

〔15歳以下のお子様は必ずご記入ください〕

それはいつから、どういった症状でしたか

・いつから
今日から　（　）日前から　（　）ケ月前から　（　）年前から

・どのような症状
耳の症状：　耳が痛い　耳だれがでる　耳がかゆい　聞こえが悪い
耳がふさがった感じがする　耳鳴りがする　めまいがする
鼻の症状：　鼻水（透明　白　黄色　緑）　鼻がつまる　くしゃみ
鼻血がでる（右　左　両方）　いびき　においがわからない
鼻が痛い　ほほが痛い（右　左　両方）
のどの症状：のどが痛い　のどに何かある感じ　のみこみにくい　声がかれる
口内炎ができた　舌が痛い　咳が出る　たんが出る　味がわからない
全身症状：　体がだるい　気分がわるい　夜中に息が止まる
頭が痛い　頭が重い　吐き気がする　目のかゆみ　禁煙希望
その他（　）

・発熱あり：　日　℃

■今までにかかった病気はありますか

・特になし
・心臓病　・（ペースメーカー）
・腎臓病　・肝臓病
・高血圧　・糖尿病
・その他
・体内にボルトなど金属が入っている
・現在妊娠中である（　週）
・現在授乳中である

■カフェイン飲料

コーヒー　　杯/日
紅茶　　杯/日
緑茶　　杯/日

■薬や食べ物のアレルギーはありますか

（例：牛乳で下痢をする）
いいえ・はい

■たばこは吸いますか

（例：1日15本×20年）

■お酒はのみますか

（例：ビール500㎖×2本／日）

■現在飲んでいる薬をお知らせください

・他院でもらった短期の薬（病院名：　）
日から　　日までの　　日分

・他院でもらった長期の薬（病院名：　）

＊お薬手帳をお見せくだされればこちらで記入します。

いぬかい耳鼻科クリニック