

問 診 表

年 月 日

フリガナ：

氏 名：_____

生年月日： M.T.S.H 年 月 日 歳

住 所： 〒 _____

電 話(携帯)：_____

ご紹介者：(無・有)

1. 医師・患者さま(氏名：_____ 医院名：_____)
2. 友人・知人 3. 家族・親戚 4. インターネット 5. 広告

どのような症状でお困りですか。

| | | | | | | |
|----------|---------|-----------|---------|---------|--------------|--------|
| 耳(左・右・両) | きこえにくい | つまった感じ | ひびく感じ | 水が入った感じ | | |
| | 耳鳴 | 耳だれ | かゆみ | 痛み | 耳あか | |
| 鼻 | くしゃみ | 鼻水(水様・黄色) | 鼻づまり | 鼻血 | においがする・しない | |
| | できもの | 痛み | 花粉症の薬希望 | | | |
| のど・舌 | 痛み | 声がれ | せき | たん | 何かあるような感じがする | |
| | 魚骨などの異物 | 味がわからない | 口内炎 | | | |
| その他 | めまい | いびき | 歯痛 | 頭痛 | ほほの痛み | 眼の奥が痛い |
| | 眼のかゆみ | 顔面神経まひ | 首のはれ | 耳の下のはれ | 痛み | 熱がある |

いつから症状がありますか。

日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

他院で治療を受けましたか。(はい、いいえ) 病医院名：_____

耳鼻咽喉科に関しての手術を受けたことがありますか。(ある、ない)
病名：_____ 病医院名：_____ 手術年月日：_____

何か病気(過去も含む)はありますか。(ある、ない)
糖尿病 高血圧 高脂血症 高尿酸血症(痛風) 喘息 胃潰瘍 胃炎
肝臓病 腎臓病 心臓病 結核 血が止まりにくい病気 その他：(_____)

現在、薬を飲んでいますか。(はい、いいえ) 薬剤名：_____

何かアレルギーはありますか。(ある、ない、わからない)
花粉：_____ ハウスダスト ダニ カビ 動物：_____
食物：_____ 薬：_____ その他：_____

緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか。(はい、いいえ、わからない)

男性の方： 前立腺肥大の指摘を受けたか、
または尿がでにくいなどの症状がありますか。(はい、いいえ)

女性の方： 現在妊娠中ですか。(はい 現在 ヶ月、いいえ、可能性あり、授乳中)

【お断りとお願い】

当院では、患者様の安全や取違え等の医療事故防止の為、お名前でお呼出させていただいております。