

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ _____	男	大				
氏名	女	昭	年	月	日	生
		平				
		令				才

《ご本人以外の方が記入される場合は、お名前をお書きください》

記入者： \_\_\_\_\_ 続柄（ ）

〒 \_\_\_\_\_

住所

電話

— —

\* お子様は体重をご記入ください。 \_\_\_\_\_ kg

1. どうなさいましたか？

- 発熱（いつから \_\_\_\_\_ °C）（今もある ・ すでに下がった）
- 耳（いつから \_\_\_\_\_ どのような症状？）
- めまい（いつから \_\_\_\_\_ どのような時に？ \_\_\_\_\_ どれくらいの時間？）
- （右・左・両）耳なり（いつから？ \_\_\_\_\_ どのような音？）
- のど（いつから \_\_\_\_\_ どのような症状？）
- 鼻（いつから \_\_\_\_\_ どのような症状？）
- その他（いつから \_\_\_\_\_ どのような症状？）

2. 現在、他の病院（診療所）に通院されていますか。（はい・いいえ）

病名（ \_\_\_\_\_ ） 内服中の薬は（ある \_\_\_\_\_ ・ない）

3. 今までに大きな病気や手術がありますか。（ある \_\_\_\_\_ ・ない）

4. 薬や食物のアレルギーはありますか？（ある・ない）

（具体的に \_\_\_\_\_ ）

5. たばこは吸いますか？（吸わない・吸う 本数一日（ \_\_\_\_\_ ）本×（ \_\_\_\_\_ ）年間

6. 女性の方へ 現在妊娠していますか？

（いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ カ月）・わからない \_\_\_\_\_ ・授乳中）

7. 今までに耳鼻科にかかったことがありますか。（ある・ない）

いつ頃

症状

医院名

8. 当院をお知りになったきっかけは？

他医院からの紹介（ \_\_\_\_\_ 医院 ・ 病院）

広告（たうんらいふなど） 電話帳

インターネット（当院のホームページ ・ 他ホームページ）

ご家族・ご友人がかかっている〔 \_\_\_\_\_ 〕 近所 職場に近い

9. その他、先生にお尋ねになりたい事がありましたらお書きください。