

# 問 診 表

年 月 日

●本院ははじめてですか？（はい・いいえ）

ふりがな	男 女	大 昭 平 令	年	月	日生 才)
おなまえ					
おところ <sup>〒</sup>					
電話 ( ) 番					

●どこが悪くて来られましたか？

○印をおつけ下さい。

いつごろから ( ) 前から

耳 (右・左)	鼻 (右・左)	のど
<ul style="list-style-type: none"> <li>・耳が痛い</li> <li>・耳だれ</li> <li>・聞こえにくい</li> <li>・耳鳴りがする</li> <li>・耳がつまる感じ</li> <li>・めまい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鼻づまり</li> <li>・鼻水</li> <li>・色の付いた鼻汁</li> <li>・くしゃみ</li> <li>・鼻水がのどに流れる</li> <li>・鼻血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・のどが痛い</li> <li>・声がかれる</li> <li>・せき</li> <li>・たん</li> <li>・のどがつまる</li> <li>・異物感がある</li> </ul>
その他の症状があれば簡単に書いて下さい。		

●あなたの体質や病歴についておたずねします。

1) 注射やのみ薬で発疹がでたり気分が悪くなったりショックを起こしたことがありますか？

…………… あ る ・ な い

(痛み止め、熱さまし、かぜ薬、抗生物質、その他 )

2) 今までに病気をしたり手術を受けたことがありますか？ …………… あ る ・ な い

あれば○印をつけてください。

( 肝臓病、糖尿病、高血圧、心臓病、ぜんそく、アトピー性皮膚炎  
緑内障、前立腺肥大、胃潰瘍、その他 )

3) 現在、のんでいる薬はありますか？ …………… あ る ・ な い

4) 女性の方へ …………… (妊娠 ( ) ヶ月・授乳中・どちらでもない)

5) お子様のみ体重を教えてください。( ) Kg

※院内使用欄