

問 診 票

フリガナ	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	※12歳以下の方
お名前	男 ・ 女	年 月 日 (歳) 体重 k g
ご住所 〒		
お電話 ご自宅： 携帯：		

◇本日は、どのような症状で来院されましたか？○で囲んでいただき、必要時にご記入ください。

症状はいつからですか？ (今日 昨日 おととい _____前から よく覚えていない)

【耳】 (右 ・ 左 ・ 両)

痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳のつまった感じ 音が響く

耳鳴り → どんな音ですか？ 例) キーン ()

めまい → どんな時(姿勢)でおこりますか？ ()

【鼻】 (右 ・ 左 ・ 両)

くしゃみ 鼻水(みずっぱい) ・ 鼻水(ドロドロ) 鼻づまり 鼻血

後鼻漏(鼻水がのどに流れること) 頭が重い においがわからない

【のど・首】

痛い たん せき(乾いた) ・ せき(ゴロゴロ) 違和感 声がれ

食事が出来ない 息苦しい 首にしこりがある

※上記に当てはまらない場合はご記入ください。

()

◇今までにかかったことのあるご病気、または現在治療中のご病気はありますか？

なし 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障 けいれん

その他 ()

【家族歴】 ※ご家族の方で、上記の病名にかかったこと、治療中の病気があれば、ご記入ください。

なし ・ あり ()

◇現在つかっているお薬はありますか？ ※お薬手帳があれば、ご提出ください。 → 手帳忘れ

なし ・ あり ()

◇アレルギーはありますか？ (ない ・ 薬 ・ 食べ物 ・ 動物)

何に対するアレルギーですか？ ()

◇たばこ： 吸わない ・ 吸う → ()本/日 ・ やめた → ()前まで ()本/日

◇お酒： 飲まない ・ 飲む → 1日量 ()

～女性の方へ～

◇妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい → ()週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

～よろしければ、ご記入ください～

◇ふじい耳鼻咽喉科クリニックを知ったきっかけは何ですか？ (ご回答は複数可能)

広告検索 (ネット検索 ・ 看板 ・ 雑誌広告 ・ その他_____) ご紹介 (_____さん)