

問診票

下記の項目について記入もしくは
○で囲んでください。

体温 度
令和 年 月 日

ふりがな			男・女	大・昭・平令 年 月 日生 (歳)	
お名前				被保険者(世帯主)との続柄	
ご住所	〒		電話	自宅: ()	携帯: ()

1. 現在一番お困りの症状を○で囲んでください。

耳	どちら	右・左・両側	鼻	鼻水(どろどろしたもの・水のような鼻水)・ くしゃみ・鼻づまり・痛い・かゆい・ 鼻がのどに回る・鼻血・においがしない
	痛い・かゆい・耳だれ・聞こえが悪い・ ふさがった感じ・耳鳴り・耳あか・補聴器			
のど・ □	痛い・飲み込みにくい・息苦しい・声がれ・ のどのつかえ感・つまった感じ・せき・ たん・いびき・夜中に息が止まっている		その他	めまい・頭痛・顔の麻痺・くび・あごのはれ くびが痛い・発熱 (°C) 禁煙外来

それはいつ頃からですか?

____年 ____月 ____日 (____曜日) ごろから

この症状に対して今までに診察・検査・投薬を受けられましたか? いいえ・はい

いつ: _____ 医療機関名: _____

薬品名: _____

2. 今までにどんな病気をしましたか? ○をつけてください。

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 肝臓病 腎臓病 けいれん 精神疾患
中耳炎 難聴 めまい 副鼻腔炎(蓄膿症) 脳出血 脳梗塞 高脂血症
アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 じんま疹 ぜんそく 甲状腺疾患
がん () その他 _____

血のつながったご家族に上記の病気があれば教えてください。 _____

手術をうけたことがありますか? (耳鼻咽喉科以外もご記入ください)

ない・ある(いつごろ→ _____)

ある場合 → 蓄膿症・中耳炎・扁桃腺・鼓膜切開・その他 _____

3. 現在通院中の病気があれば、病名・薬の内容を教えてください。

お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。

病名: _____ 治療薬: _____

4. タバコについて 吸わない・ ____年前からやめた・1日に ____本ほど吸う

お酒について 飲まない・飲む(週に ____回くらい)

5. 心配なことや聞きたいことがありましたらご記入下さい。

6. 薬や食物アレルギー(卵、牛乳など)はありますか

いいえ・はい: _____

女性の方のみ → 現在妊娠中ですか はいの方 ____カ月

いいえ・はい・妊娠の可能性あり・授乳中

体重 k g

※お子様の場合は必ずご記入ください