

# 問診票

ふりがな 氏名	男 女	西暦・昭和 平成・令和 年 月 日 生 歳 熱があればご記入下さい	体重(お子さんのみ) Kg °C
住所(〒 一 )		電話番号 ( ) 一	

(マイナ保険証をご利用の方) カードから得られる医療情報を、診療のために利用して良いでしょうか？ はい いいえ

**m いつから症状がありますか？ ( )**

**m 今日はどのような症状で受診されましたか？**

**●耳の症状(右・左・両)**

- 1. 耳が痛い 2. 耳がかゆい 3. 耳あか 4. 耳だれ 5. 聞こえが悪い 6. 耳がふさがる、こもる 7. 耳鳴り
- 8. 音がひびいて聞こえる 9. 顔が動かない・曲がった(顔面神経麻痺)

**●鼻の症状**

- 1. 鼻水(さらさら・どろどろ・色がついている) 2. くしゃみ 3. 鼻づまり 4. 鼻血(右・左)
- 5. 鼻の中がくさい 6. においがしない・弱い 7. 鼻水がのどに下がる(後鼻漏) 8. 鼻が痛い

**●口、のどの症状**

- 1. のどが痛い 2. せき 3. たん 4. たんに血が混じる 5. のどの違和感 6. 声がれ・声が出ない 7. 舌が痛い
- 8. 味がしない 9. 口臭が気になる 10. 口内炎 11. 口がかわく 12. いびき・睡眠時無呼吸

**●めまい 1. ぐるぐる回る 2. ふらふらする 3. 吐き気**

**●首の症状 1. (耳の近く・頸・首)できものがある 2. リンパが腫れている**

**●その他( )**

**m ご希望のお薬(お子さんの場合): 錠剤・シロップ・粉剤**

**m 大きな病気をしたことがあればご記入ください。( )**

**m 薬や食べ物のアレルギーがあればご記入ください。( )**

**m 現在治療中の病気、内服中の薬があればご記入ください。( )**

(お薬手帳をお持ちの方は、記入しなくてよいので手帳をご提示ください。)

**m たばこを吸いますか？**

- 1. 吸わない 2. 吸う(1日 本) 3. 以前吸っていた( 前まで、1日 本)

**m 飲酒しますか？**

- 1. 飲まない 2. 飲む(毎日・時々・付き合い程度)

**m よろしければ、当院を選んだきっかけを教えて下さい。**

- 1. 家族・親戚・知人から聞いた 2. インターネットで検索 3. 家・職場の近く 4. 看板を見た 5. その他

**【女性の患者さんにお伺いします】**

**m 現在、妊娠中ですか？**

- 1. いいえ 2. はい(ヶ月) 3. 妊娠している可能性はある

**m 現在授乳中ですか？**

- 1. いいえ 2. はい(お子さん: 歳 ヶ月)