


問 診 票

ふりがな	男 女	西暦・昭和 平成・令和	年	月	日生	歳	体重(お子さんのみ) Kg	
氏 名		熱があればご記入下さい℃						
住所(〒 —)						電話番号 () —		

(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

 いつから症状がありますか? ()

 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 ・ だるだる ・ 色がついている)
2. くしゃみ
3. 鼻づまり
4. 鼻血(右 ・ 左)
5. 鼻の中がかさい
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 ・ 顎 ・ 首) できものがある 2. リンパが腫れている

●その他()


 ご希望のお薬(お子さんの場合): 錠剤 ・ シロップ ・ 粉剤

 大きな病気をしたことがあればご記入ください。()

 薬や食べ物のアレルギーがあればご記入ください。()

 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。)

 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)


 飲酒しますか?

1. 飲まない
2. 飲む(毎日 ・ 時々 ・ 付き合い程度)

 よろしければ、当院を選んだきっかけを教えてください。

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】

 現在、妊娠中ですか?

1. いいえ
2. はい(月)
3. 妊娠している可能性はある

 現在授乳中ですか?

1. いいえ
2. はい(お子さん: 歳 月)