

ID \_\_\_\_\_

# 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_ 男・女 大, 昭, 平 年 月 日 生まれ ( 才)

氏名 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 (必須) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 自宅 TEL (必須) \_\_\_\_\_

身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

※お子さんのみお答えください。薬のご希望はどちらですか？ 錠剤・粉薬

## 1. どのような症状でお困りですか。

耳 (右・左・両)	耳あか 耳だれ かゆみ 痛み 聞こえにくい 耳鳴り つまった感じ 水が入った感じ 音がひびく感じ
鼻	くしゃみ 鼻水 (水様・黄色) 鼻づまり 鼻血 鼻の中でおおいがする においがわからない できもの 痛み ※花粉症の薬希望 (薬品名: _____)
のど・舌	痛み 声がれ せき たん のどに何かあるように感じる (違和感) 魚骨などの異物 味がわからない 口内炎 (アフタ)
その他	めまい いびき 頭痛 歯痛 ほほの痛み 目の奥が痛い 目のかゆみ 首の腫れ 耳の下の腫れ 熱がある 顔面の麻痺 (その他: _____)

## 2. いつから症状がありますか。

今日 \_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ 週間前から \_\_\_\_\_ ヶ月前から \_\_\_\_\_ 年前から

3. 花粉症はありますか？ (いいえ ・ はい: 春先, 夏, 秋)

4. 耳鼻咽喉科の手術を受けたことがありますか？ (ある・ない) (手術内容: \_\_\_\_\_)

5. 何か病気(過去も含む)はありますか？ (はい・いいえ)

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 喘息 胃潰瘍 胃炎 肝臓病 腎臓病 心臓病 結核  
血が止まりにくい病気 その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ) わかっている薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

7. おくすり手帳をお持ちですか？ (はい・いいえ)

8. 今までに薬を飲んで具合が悪くなったことがあれば、その薬の名前を書いてください。

( \_\_\_\_\_ )

9. 次の感染症はありますか？ B型肝炎 (いいえ ・ はい) C型肝炎 (いいえ ・ はい)

10. 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか？ (はい・いいえ・わからない)

※男性の方：前立腺肥大の指摘を受けたか、または尿が出にくい症状がありますか？ (はい・いいえ)

※女性の方：現在、妊娠中ですか？ (はい 現在 \_\_\_\_\_ カ月, いいえ, 可能性あり)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)