

ID _____

問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 大, 昭, 平, 令 年 月 日生まれ (才)

〒

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 ひびく感じ
鼻	くしゃみ 鼻水 (水様・黄色) 鼻づまり 鼻血 鼻の中でおいがする においがわからない できもの 痛み ※花粉症 (春先 ・ 夏 ・ 秋)
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. 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: _____)

4. 現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい・いいえ) (医療機関名 _____)

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

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. 今までに薬を飲んでアレルギーを起こしたことがあれば、その薬の名前を書いてください。

(_____)

8. 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)

9. 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、妊娠中または授乳中ですか？ (はい: _____ カ月, いいえ, 可能性あり, 授乳中)