問　診　表

体温	℃
体重	kg

年　　月　　日　　ご職業

1）本日受診されたのは、主にどこが悪いからですか？○印をつけてください。

みみ（右・左）・はな・くち・のど・くび・めまい・その他（　　）

いつ頃から、どのように悪いのですか？できるだけ詳しくお書きください。

例）１週間前からのどが痛い、昨日から右耳が痛い、２，３日前から鼻水が出る、など

なお、特に診察でご要望があれば、お書きください。

2）以前、他の耳鼻科を受診されたことがありますか？　　はい・いいえ

その時の病名は何でしたか？　（病名：　　）

3）今までに次の病気にかかり、現在治療中、または過去に治療を受けたことがありますか？

ぜんそく・花粉症・アトピー・心筋梗塞・狭心症・不整脈・高血圧・腎臓病・糖尿病・肝臓病・胃腸病・結核・前立腺肥大・緑内障・その他（　　）

4）現在、お薬を飲んでいますか？

あれば具体的にお書きください。（薬剤名：　　）

お薬手帳をお持ちの方は、必ず受付にご提示ください。

5）今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり 発疹がでたり、あわなかった事がありますか。

はい・いいえ

その薬の名前を書いてください。　（薬剤名：　　）

6）局所麻酔剤（歯の治療、傷を縫った時など）でショックを 起こしたことがありますか。

はい・いいえ

7）お酒・たばこについて

・アルコール：飲まない・飲む（種類　　）（量　　/日）

・たばこ　　：吸わない・吸う（　　本/日　×　　年）

8）女性の方へ

・現在妊娠していますか。　　はい（　ヶ月）・わからない・いいえ

・授乳中ですか。　　はい・いいえ

ありがとうございました。
もうしばらくお待ちください。

ご本人または保護者の方のサイン
（　　）

※高熱や痛みの強い方、息苦しい方、または伝染病（はしか、おたふくかぜ等）の方は、受付にお申し出ください。