

問診表

年 月 日

フリガナ
名前

性別 男・女

(〒 -) 住所

電話番号

生年月日

お困りの症状について当てはまる項目に○をつけてください。

耳

- ・聞こえが悪い
- ・耳鳴りがする
- ・耳だれがでる
- ・耳がつまった感じがする
- ・耳が痛い
- ・耳がかゆい
- ・耳垢をとってほしい
- ・めまいがする
- ・その他

()

鼻

- ・鼻がつまる
- ・鼻汁が多い
- ・クシャミが多い
- ・鼻血がでる
- ・鼻が痛い
- ・鼻がかゆい
- ・においがしない
- ・イビキをかく
- ・頭が重い
- ・その他

()

のど

- ・のどが痛い
- ・ひっきり感がある
- ・飲み込みにくい
- ・のどが何となく変だ
- ・息苦しい
- ・声がかすれる
- ・タンが多い
- ・セキがでる
- ・その他

()

* 上記の症状は、いつ頃からですか？

* 今までに大きな病気をしたことがありましたら、教えてください。

いつ頃() 病名()

* 現在、投薬を受けていますか？ (はい・いいえ)

投薬を受けている方は病名、投薬内容を教えてください。

* くすりや食べ物にアレルギーがありますか？ (ある・ない・わからない)

「ある」と答えられた方は何にアレルギーがありますか？ ()

* 麻酔で具合が悪くなったことがありますか？ (ある・ない)

* 熱がありますか？ (はい・いいえ)

* 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

* 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

* 15歳以下の方は体重を教えてください。 () kg位

ありがとうございました。しばらくお待ちください。