

問診表

年 月 日

フリガナ

名前

性別 男・女

(〒 -) 住所

自宅電話番号

生年月日

携帯電話番号

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
- ・耳だれができる
- ・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
- ・鼻血ができる
- ・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
- ・飲み込みにくい
- ・息苦しい
- ・声がかされる
- ・タンが多い
- ・セキができる
- ・口内炎
- ・舌が痛い
- ・首が腫れている
- ・その他

() () () ()

* 上記の症状は、いつ頃からですか？

* 現在、治療中の病気がありましたら、教えてください。

病名 ()

* 投薬を受けていますか？ (はい・いいえ)

お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

お薬手帳をお持ちでない方は投薬内容を教えてください。

* 前立腺肥大症と診断されたことがありますか？ (ある・ない)

* 緑内障と診断されたことがありますか？ (ある・ない)

* くすりや食べ物でアレルギー反応が出たことはありますか？ (ある・ない)

「ある」と答えた方はくすりの名前等具体的に教えてください。

* 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 _____ 度・いいえ)

* 現在、妊娠していますか？ (はい _____ 週・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

* 就学前の方に伺います。 (保育園・幼稚園) に通園中。