

問 診 票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		ご職業	
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳	ヶ月
住 所	〒 ー 市		
電話番号	自宅	携帯	
携帯メールアドレス	@		

メールにて院内情報や、耳鼻咽喉科の流行時の病気、季節イベントの連絡などお送りさせていただきます。

1. 本日はどうなさいましたか(○印を付けてください)

- 耳……聞こえにくい(右 ・ 左) ・ 痛い (右 ・ 左) 耳鳴り(右 ・ 左)
耳 だ れ (右 ・ 左) ・ 耳がつまる(右 ・ 左) かゆい(右 ・ 左) ・ 耳あか
- 鼻……鼻づまり(右 ・ 左) ・ 鼻みず(みずばな ・ 黄色 ・ 緑色) ・ くしゃみ
鼻 血 (右 ・ 左) ・ かさぶたができる ・ においがしない ・ 花粉症
- のど……のどが痛い ・ 声がかれる ・ 咳が出る ・ 飲み込みにくい ・ 痰がからむ、
口内炎 ・ 味がしない ・ のどがつまる(違和感がある) ・ 首がはれている
- ・甲状腺の相談 ・ 禁煙外来の相談 ・ いびきの相談
・めまい…ふらふらする ・ ぐるぐる回る
・熱がでている(°C) ・ 頭痛がする ・ その他()

2. いつ頃から症状がありますか ()

3. ご本人についてお尋ねします

- 1) 持病はございますか?
喘息 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃・十二指腸潰瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
その他()
- 2) 現在治療中のご病気はございますか？また、服用中のお薬はございますか？
あり() ・ なし
- 3) 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
あり() ・ なし
- 4) 体重を教えてください 体重 _____ kg
- 5) 喫煙(本／日、 年) 飲酒(/日)
- 6) 現在妊娠中ですか？ はい(ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
授乳中ですか？ はい ・ いいえ
- 7) 服用形態のご希望を、1～3の順にお知らせください。錠剤() ・ 粉() ・ シロップ()
- 8) 次のうち、あてはまるものがありましたら○印をつけて下さい(該当項目のみ)。
A)ジェネリック医薬品を希望 B)なるべく薬の服用は避けたい C)服用できない時間帯がある(時頃)

4. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください(○印をつけて下さい・複数可)

- ()タウンページをみて ()JR芦屋駅のモニターを見て
()系列のクリニックを受診したことがある【クリニック名: _____】
()当院のパソコンのホームページをみて ()当院以外のインターネットサイトをみて
()当院の携帯のホームページをみて ()投函されたチラシをみて
()友人・知人(氏名: _____)さんから聞いて ()家族・親族から聞いて
()他の医療機関に聞いて(紹介を含む) ()近所だから
()その他 ()

5. 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。

()

当院は耳鼻咽喉科領域・アレルギーを専門としております。また、超音波(エコー)による
頸部・甲状腺の検査も行っております。ご希望の方は医師までご相談ください。