

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		ご職業	
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 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	クリニックからの「お得な情報」・「お知らせ」・「耳鼻科疾患情報」をメールやハガキでお送りします。 @		

お知らせがご不要な方はスタッフまでお申し出ください。

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(℃)・頭痛がする・その他()

◎ 自覚症状はないが異常がないか確認してほしい部位はありますか(○印を付けてください)

(耳 [耳垢や鼓膜の状態など] ・ 鼻 ・ 喉)

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?
なし・糖尿病・肝炎・肝疾患・喘息・心疾患・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?
なし・あり()
- 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?
なし・あり()
- 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)。
()なるべく薬の服用は避けたい ()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)

- ()系列のクリニックを受診したことがある【クリニック名: ()】
- ()当院のホームページをみて ()近所だから
- ()当院以外のインターネットサイトをみて ()他の医療機関に聞いて(紹介を含む)
- ()タウンページをみて ()ポストに投函されたチラシをみて
- ()友人・知人()さんから聞いて (YouTube ・ Instagram ・ Twitter ・ Facebook)
- ()家族・親族から聞いて ()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。

