

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	〒 — 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 (°C) ・ 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 () 家族・親族から聞いて
- () 当院以外のインターネットサイトをみて () 近所だから
- () タウンページをみて () ポストに投函されたチラシをみて
- () 駅看板 (苦楽園口駅 ・ 甲陽園駅) () にしのみや子育てガイドをみて
- () 友人・知人 (氏名: _____) さんから聞いて () 西宮市民べんり帳をみて
- () 他の医療機関に聞いて (紹介を含む) () 芦屋市市民便利帳をみて
- (YouTube ・ Instagram ・ Twitter ・ Facebook) () 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。

