

問診表 (成人用)

--	--	--	--	--

フリガナ

お名前 _____ 様 年齢 _____ 才

ご住所 〒 _____ 電話番号 _____

① どんな症状があるのですか：

耳： 痛い かゆい 腫れた 耳だれ 耳あか 耳鳴り 聞こえが悪い 音が響く
耳が塞がった感じ 耳と鼻の間(耳管)が詰まった感じ 自分の声が響く

鼻： 鼻水(水のような) 鼻汁(色のついた) つまる 鼻血 においがしない 頬が腫れた
痛い くしゃみ 鼻汁がのどに落ちる 打撲 いびき 頭痛 頭が重い

のど・くち： 痛い 腫れた 声がかれる 咳が出る 痰が出る 扁桃腺が腫れた
膿がある 飲み込みにくい 口内炎 舌が痛い できものがある

めまい： ぐるぐる回る ふわふわする まっすぐ歩けない ふらつく

その他： (_____)

② いつからですか： _____ 月 _____ 日から

③ 熱はありますか： いいえ はい (_____ °C _____ 頃から)

④ 今回の症状のために他院で診療を受けましたか： いいえ はい

治療内容・薬 (_____)

⑤ 他に治療中の病気がありますか： いいえ はい

病名・薬 (_____)

⑥ いままで大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか：

いいえ はい (病名 _____)

⑦ 薬のアレルギーはありますか： いいえ はい (_____)

⑧ 女性の方に伺います 現在、妊娠していますか： いいえ はい

⑨ 診察についてなにかご希望がありましたらご記入ください

(_____)

⑩ 当院を受診したきっかけは何ですか： 通りがかった 人から聞いた 電柱広告

新聞折込、パンフレット インターネット 携帯サイト 他院からの紹介