

問診票

年 月 日

(ふりがな)

お名前 _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)

ご住所 (〒 _____)

お電話番号 _____ 携帯 _____ 現在の体温 _____ ℃

① 今日はどうされましたか？○をつけて下さい。特に気になるものには◎をつけて下さい。

耳	痛い、かゆい、耳だれ、耳垢、聞こえにくい、ふさがった感じ、ひびく、耳鳴り、めまい、その他 ()
	その症状はどちらの耳ですか？ (右耳・左耳)
鼻	痛い、くしゃみ、鼻水 (水っぽい、ねばねば、色がついた)、鼻づまり、鼻水がのどに落ちる、鼻血、においがわからない、においが気になる、その他 ()
口・のど 舌・首	痛い、せき、たん、声かれ、のどがつまる感じ、食事が通りにくい、いびき、乾く、腫れている、味がわからない、口が開きにくい その他 ()
その他	発熱、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、その他 () がんが心配、アレルギー検査希望、甲状腺の検査希望、睡眠時無呼吸の検査希望

それはいつからですか？ () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から () 月 () 日から

② 今までにかかった病気(継続して治療している病気)はありますか？

- ・ない
- ・ある【・アレルギー性鼻炎 ・花粉症 ・喘息 ・心臓病 ・高血圧 ・緑内障 ・腎臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・その他 ()】 ・手術歴 (_____ 歳時：)

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない・ある(薬の名前 _____)

④ お薬手帳はお持ちですか？ はい (お持ちの方は提出お願いします) / 忘れた / ない

⑤ たばこは吸いますか？

吸わない / 吸う (_____ 本/日を _____ 年間) / 以前吸っていた (_____ 本/日を _____ 年間)

⑥ お酒は飲みますか？

- ・飲まない
- ・飲む (何を？…ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) (どのくらい _____ ml、 _____ 本、 _____ 合) (頻度は？…週に _____ 回 または 月に _____ 回)

⑦ 運転はしますか？ する / ときどきする / しない

⑧ 薬や食べ物で副作用やアレルギー症状がでたことがありますか？

はい (薬名または飲食物の名前… _____)

いいえ

【女性の方へ】 妊娠の可能性はありますか？ ない / ある (_____ ヶ月)

現在授乳中ですか？ いいえ / はい (お子様 _____ 歳 _____ ヶ月)

<皆さまへ アンケートのご協力をお願いします>

○当院を知ったきっかけは何ですか？

・折込チラシ ・通りがかり ・お知り合いの紹介 ・当院のホームページ ・ネット ・Facebook ・建物看板 ・他医療機関の紹介 ・その他 (_____)

○当院までの通院手段は？ ・自家用車 ・徒歩 ・自転車 ・タクシー ・バス ・電車 ・その他 (_____)