

# 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ 年齢 歳

住所 \_\_\_\_\_

※当院にはじめてかかれる方は上記の項目を必ずご記入ください。

- ◆ 体重 \_\_\_\_\_ Kg 今現在の体温 \_\_\_\_\_ °C
- ◆ どのような症状でお困りですか。該当するものを○で囲ってください。  
耳(左・右・両) きこえにくい つまった感じ ひびく感じ 水が入った感じ  
耳鳴 耳だれ かゆみ 痛み 耳あか  
鼻 花粉症 くしゃみ 鼻水(水様・黄色) 鼻づまり 鼻血 においがする・しない  
のど・舌 痛み 声がれ せき たん 何かあるような感じがする  
魚骨などの異物 味がわからない 口内炎  
その他 めまい いびき 歯痛 頭痛 ほほの痛み 眼の奥が痛い  
眼のかゆみ 顔面神経まひ 首のはれ 耳の下のはれ・痛み 熱がある
- ◆ いつから症状がありますか。  
\_\_\_\_\_日前から \_\_\_\_\_週間前から \_\_\_\_\_ヶ月前から \_\_\_\_\_年前から
- ◆ 他院で治療を受けましたか。(はい・いいえ) 医療機関名: \_\_\_\_\_
- ◆ 耳鼻咽喉科に関しての手術を受けたことがありますか。(ある・ない)  
病名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ 手術年月日: \_\_\_\_\_
- ◆ 何か病気(過去も含む)はありますか。(ある・ない)  
糖尿病 高血圧 高脂血症 高尿酸血症(痛風) 喘息 胃潰瘍 胃炎  
肝臓病 腎臓病 心臓病 結核 血が止まりにくい病気 その他:( )
- ◆ 現在、薬を飲んでいますか。(はい・いいえ) 薬剤名: \_\_\_\_\_
- ◆ 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか。(はい・いいえ・わからない)
- ◆ 女性の方: 現在妊娠中ですか。(はい 現在\_\_ヶ月 出産予定日: 年 月 日  
いいえ・可能性あり・授乳中)
- ◆ 当院をどのように知りましたか。該当するものを○で囲ってください。  
インターネット 看板 知人の紹介 自宅が近く チラシ  
他医療機関からの紹介(医療機関名: )  
その他( )

記入がすみましたら受付にお出しくください。ご協力ありがとうございました。

※ お薬手帳をお持ちの方は、診察の際医師にお申し出ください。



川田耳鼻咽喉科クリニック

KAWADA E.N.T. CLINIC