

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 _____

※当院にはじめてかけられる方は上記の項目を必ずご記入ください。

- ◆ 体重 _____ Kg 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 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 _____ ケ月前から _____ 年前から
- ◆ 他院で治療を受けましたか。 (はい・いいえ) 病院名: _____
- ◆ 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: _____ 病医院名: _____ 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・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。
看板 知人の紹介 インターネット チラシ 自宅が近く
その他 ()

記入がすみましたら受付にお出しく下さい。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