

問診票

フリガナ _____

名前 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平・令 _____ 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
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