

初めてのの方に(問診表)

※答えられる範囲内でお書き下さい
該当する場合□の中に「✓」を記入して下さい

住所 _____
フリガナ _____
氏名 _____ 生年月日 _____ (満 才)
男・女 大正・昭和・平成・ 年 月 日生
携帯電話 _____ 職業(職種) _____

1. 本日は**どんな症状**で来院されましたか(□の中にしるしをつけて下さい) □発熱(_____ °C)
- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| 耳(右・左・両方) | 鼻 | のど |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻みず(黄色・白い・透明) | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 耳だれ | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 痛みで飲み込めない |
| <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い | <input type="checkbox"/> 鼻づまり(右・左・両方) | <input type="checkbox"/> せき |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ | <input type="checkbox"/> 鼻がのどに降る | <input type="checkbox"/> たん |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい | <input type="checkbox"/> 鼻血がでる(右・左) | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴(どんな音ですか _____) | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> いがらっぽい |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 味がわからない | <input type="checkbox"/> つかえ感、異物感 |
| <input type="checkbox"/> 耳あかを取ってほしい | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 息苦しい |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に書いて下さい) | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれる |
| | | <input type="checkbox"/> □が乾燥する |
-
2. **上記の症状はいつから**始まりましたか(_____)
3. 現在、**上記の症状**に対して**他の医院、病院で治療**を受けていますか
①□受けていない ②□受けている ②の方(病名 _____ 院名 _____)
服薬中の薬(_____)いつから左記の薬をのんでいますか(_____)
4. 上記の症状以外で**治療中の病気**や**今までにかかった病気、手術**にしるしをつけて下さい
□耳鼻咽喉科の病気(病名 _____)(手術 _____)
□花粉症 □アレルギー性鼻炎 □喘息 □アトピー □糖尿病 □高血圧 □高脂血症
□心臓病 □胃潰瘍 □肝炎 □脳卒中 □腎臓病 □結核 □前立腺肥大 □緑内障
□その他(病名 _____)(内服中の薬 _____)
5. **薬や食物のアレルギー**はありますか
□ない □ある…**A**抗生剤(_____) **B**ピリン等(風邪薬) **C**ヨード(イソジン)
D牛乳 **E**その他(_____)
6. かぜ薬や花粉症の薬をのんで**眠**くなりますか □いいえ
はい(□非常に眠くなる □少しなる) 薬品名(_____)
7. **くすり**で**胃腸の調子**が悪くなりますか
□いいえ □胃が荒れやすい □抗生剤をのむと下痢しやすい □他(_____)
8. **のめないタイプ**の薬がありますか
□錠剤 □カプセル □粉薬 □漢方薬 □水薬 □何でも飲める
9. **お薬に対する希望**がありますか
□ジェネリック(後発品) □漢方薬 □内服回数の少ない薬
10. **女性の方へ**、現在**妊娠中・授乳中**ですか
□いいえ □妊娠中(妊娠 _____ カ月) □わからない □生理が遅れている □授乳中
11. **タバコ**は吸いますか □吸わない □吸う…1日 _____ 本
12. その他、**ご要望**があれば項目に○をつけるか、ご要望事項をお書き下さい
(聴力検査、補聴器相談、アレルギーの検査、採血によるアレルギーの原因検査、漢方治療など)

ご記入ありがとうございました
・当院では、患者様の個人情報を厳重に管理させていただきます。
・患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報を第三者に開示致しません。

