

〇〇クリニック 問診票

ふりがな.....

生年月日

お名前 _____ 様 男・女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

〒 _____ 住所 _____

電話番号 <自宅> () <携帯> ()

職業 _____ 体重 _____ Kg (12歳以下の方) 現在の体温 _____ °C

1. 今日はどうされましたか。○をつけてください。一番困るものに◎をつけてください。

耳 (右・左)	耳が痛い 耳だれ 耳あかをとってほしい 耳がかゆい 聞こえない 耳鳴り ふさがった感じ 補聴器相談 その他 ()
鼻	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない 舌下免疫療法 花粉症 アレルギー性鼻炎 アレルギー検査希望 その他 ()
のど	のどが痛い せき 痰 声がかれる のどの違和感・つまった感じ
くち	口内炎 味がわからない できもの その他 ()
その他	めまい ふらつき いびき 睡眠時無呼吸検査希望 首がはれた 顔面神経麻痺 ()

2. 上記の症状について記入してください。

いつ頃からですか? () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

この症状について治療を受けましたか?

いいえ はい (医療機関名 _____ 治療内容 _____)

3. 現在飲んでいる薬がありますか?

いいえ はい (薬の名前 _____)

4. 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか?

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 喘息 肝炎 緑内障 結核 その他 ()

5. 薬や食物のアレルギーがありますか?

いいえ はい (薬、食物の名前 _____)

6. 耳鼻科の手術の経験がありますか? いいえ はい (内容 _____)

7. お酒をのみますか? いいえ はい (何を _____ 1日に _____ 位)

8. タバコをすいますか? いいえ はい (1日に _____ 本くらい _____ 年間)

9. 女性の方: 妊娠の可能性がありますか? いいえ はい (妊娠中の方 _____ ヶ月)

10. 現在、授乳中ですか? いいえはい 11.

参考までに教えてください。当院に来院されたきっかけについて。

家が近い 家族の紹介 知人の紹介 クリニック前看板 電柱看板
クリニックホームページ その他ホームページ 地域紙 駅看板
バス車内放送 その他 ()

12. 当院への交通手段について 徒歩 自転車 バス 車 電車