

問診表

平成 年 月 日

(ふりがな)

電話番号 ()

携帯番号 ()

おなまえ 男 / 女

(〒 -)

生年 MT

月日 SH

年 月 日 歳

住所

以下のあてはまる項目の□にレ点を付けてください。

お子様のみ体重 kg

①みみ (みぎ・ひだり)

- ☐ かゆい
- ☐ いたい
- ☐ 耳だれ
- ☐ きこえにくい
- ☐ 耳鳴り
- ☐ つまった感じ
- ☐ よく触る

②めまい

- ☐ くるくる回る
- ☐ ユラユラゆれる
- ☐ きこえにくい
- ☐ 耳鳴りがする
- ☐ 頭や身体の動きに合わせてまわる
- ☐ 手足のしびれや麻痺

③はな

- ☐ つまる
- ☐ 鼻水 (透明・黄色・粘稠)
- ☐ くしゃみ
- ☐ かゆい
- ☐ においがしない
- ☐ 鼻血
- ☐ 頭痛・頭重感
- ☐ 鼻水がのどに降る

④のど

- ☐ いたい
- ☐ 飲み込みにくい
- ☐ 息がしにくい
- ☐ 声がかかる
- ☐ 味覚がおかしい
- ☐ 舌がいたい
- ☐ のどに違和感 (異物感) を感じる
- ☐ せき・たん

⑤その他

- ☐ 目のかゆみ
- ☐ 吐き気
- ☐ 熱がある (°C)
- ☐ 腫れ物がある (場所:)
- ☐ いびき・無呼吸

⑥上記以外 ()

⑦上記症状はいつからありましたか？

☐ 昨日から ☐ 数日前から ☐ 数ヶ月前 ☐ 数年前から

⑧お薬アレルギーがありますか。 (ない・ある⇒薬剤名:)

⑨食物でじんましんが出たことがありますか (ない・ある⇒)

⑩医師よりアレルギー体質と言われたことがありますか
(ない・ある⇒)

⑪次の病気はありますか？ 糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・脳梗塞・喘息・緑内障

⑫喫煙 (ない・ある 本/日× 年) ⑬飲酒 (を 本/日)

⑭以前に大きな病気をされましたか (ない・ある⇒)

⑮治療中の病気がありますか (ない・ある⇒)

⑯内服中のお薬を教えてください (薬剤名:)

⑰女性の患者様で妊娠の可能性はありますか (ない・ある 週)