

## 問診票

浅香耳鼻咽喉科クリニック

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 T/S/H/R 年 月 日 年齢 ( 歳 )

※再診の患者様は住所・電話番号の変更がある場合のみご記入ください。

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) (自宅・携帯電話・勤務先)

体重 ( kg ) ←15歳以下は必ず記入お願いします。

I. 本日はどのようなことで来院されましたか? またその症状はいつからですか?

a. <input checked="" type="checkbox"/> 鼻	( 両側 右 左 )	つまる	くしゃみ	痛む	鼻出血	前から
	鼻水 (透明で水様 黄色で粘調 両方)		その他 ( )			
b. <input checked="" type="checkbox"/> 耳	( 両側 右 左 )	痛む	かゆい	耳だれ	聞こえが悪い	前から
	耳鳴り ふさがった感じ 耳あか	その他 ( )				
c. <input checked="" type="checkbox"/> のど	痛む	せき	痰がからむ	いがらっぽい		前から
	声がかれる	違和感がある	その他 ( )			
d. <input checked="" type="checkbox"/> その他	熱がある ( 度 )	だるい	頭痛	口内炎	首がはれている	
	回転性のめまい ふらつき	睡眠時無呼吸症候群				
	その他 ( )					前から

II.  現在使用している薬を教えて下さい ( ない ある ) (過去1週間以内に内服していた薬もお書き下さい)

現在使用(内服)中の薬

終了した薬

III.  今までかかったことのある病気はありますか?

喘息 胃・十二指腸潰瘍 糖尿病 高血圧 心臓疾患 肝臓疾患

腎臓疾患 緑内障 前立腺肥大 けいれん その他 ( )

IV. 今までにアレルギー (じんま疹や喘息発作など) がありましたか?

ない ある (ある場合は出来るだけ詳しく書いて下さい)

食べ物 卵 牛乳 ( )

薬・その他 ( )

V.  たばこを ( 吸う 吸わない )  アルコールを ( 毎日飲む 時々飲む 飲まない )VI.  女性の方にお聞きします 妊娠 ( 可能性がある・していない・している週目 )

授乳 ( している していない )

VII.  診療費明細書 発行について  
( 希望する ・ 希望しない )VIII.  当院をお知りになったきっかけは?

御紹介 近所・通りがかり

ホームページ 看板・チラシ

その他 ( )