

問診票

森下耳鼻咽喉科医院

平成 年 月 日

ふりがな		
患者名	男・女	才
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
住所 〒	(マンション・アパート名・部屋番号もご記入下さい)	自宅TEL 携帯TEL

下記の質問にお答え下さい。(該当するものを○で囲んでください)

1. 当院を受診された際、どんな資料をみて来院されましたか？

ご家族・ご友人・医療機関からの紹介・近所(もしくは通りがかり)

当院のホームページ・他のインターネット・iタウンページ

鳴和交差点看板・沖町看板(高柳付近)・福久看板(国道8号線沿い)

その他()

2. 今現在熱は何度ですか？ (度 分)

3. 受診される理由についてどこが悪いのですか？

両耳・右耳・左耳 聞こえにくい・耳鳴り・耳が痛い

耳だれ・かゆい・その他()

鼻 鼻水・鼻づまり・くしゃみ・のどの奥に流れる

頬が痛い・頭痛・その他()

のど のどが痛い・せきがでる・たんがでる・物が詰まった感じ

飲み込みにくい・むせる・声がれ・息苦しい

のどが乾く・その他()

口内 痛い・荒れている・しみる・できものができる

味が分からない・その他()

めまい 立ちくらみ・船酔い・天井がまわる

その他()

4. いつ頃からですか？ () 日前・週間前・ヶ月前・年前

うらへつづく→

●成長時の小児の方に

お伺いします。

1. 体重は何 kg ですか？

(kg)

2. 粉薬・錠剤どちらがいい

ですか？ (粉薬・錠剤)

下記の質問に該当するものを○で囲んでください。

① これまでに下記の病名にかかったことはありますか？

いいえ・はい＝喘息、じんましん等のアレルギー疾患、てんかん、心臓病、
高血圧、腎臓病、肝臓病、糖尿病、
緑内障、異常体質、甲状腺疾患、高脂血症

② スギ花粉症の方に質問します。

体質から改善して花粉症を根治する可能性がある舌下免疫療に
関心ありますか？ 　　いいえ・はい

③ ①以外に、病気や慢性の病気にかかったり、
手術を受けたりしたことはありますか？

いいえ・はい＝何という病気ですか？

()

④ 現在までに、注射、飲み薬、ぬり薬、点眼薬やその他の薬、またはレントゲ
ンの造影剤などで何か異常は起こったことがありますか？

(発疹が出た、ショック症状など)

いいえ・はい＝どんな薬ですか？()

⑤ 今までに特に抗生剤、その他の薬のアレルギーといわれた事が
ありますか？

いいえ・はい・どんな薬ですか？()

⑥ 漢方薬は飲めますか？ 　　いいえ・はい

⑦ 常備薬を服用していますか？

いいえ

はい　　どんな薬ですか？()

どちらの病院ですか？()

⑦ 日常生活でタバコは？ 　　吸わない・吸う(一日　　本)

⑧ 女性の方に質問します。

現在妊娠していますか？ 　　いいえ・はい(　　ヶ月)・可能性がある

現在授乳中ですか？ 　　いいえ・はい(　　カ月の赤ちゃん)