

スムーズに診察を受けて頂くために、詳しい問診にご協力下さい。両面にご記入下さい。

平成 年 月 日 問診表 (表) (表用紙 : 裏もあります)

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 年齢 歳

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 職業 (学校名) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C (熱のある方)

**Q本日はどのような症状で受診されましたか？**

○で囲んで下さい。複数ある場合は、最もつらい症状に◎をして下さい。

耳 (左 右 両)

痛い 耳だれ 聞こえが悪い 耳鳴 ふさがった感じ 音がひびく かゆい

耳あか 水ぶくれ 耳の中に水が残っている 補聴器を試したい

鼻 (左 右)

鼻水 (水のようにねばっこい 色が付いて膿のように) 鼻水がのどの奥にたれる

くしゃみ 鼻づまり 鼻血 ほおが痛い 鼻を打った 匂いが分からない かゆい  
のど

痛い 声がかすれる 息苦しい 飲み込みにくい 飲み込むと痛い 異和感

たんが絡んだ咳 乾いた咳 たんが絡む いびき 夜中に息が止まる

扁桃がはれて発熱 のどに何かはかり付いて取れない感じ

めまい ( \_\_\_\_\_ 秒・分・時間続いた )

頭の向きを変えるとめまいがする ぐるぐる回る ゆれる ふわふわする

はきけ おう吐 目の前が真っ暗になる 立ちくらみ

口の中

口内炎 舌にできもの 味が分からない

くび・顔・目

目が痒い 顔面神経麻痺 腫れている できもの (固い 軟らかい 動く 動かない)

全身症状

発熱 寒気 体がだるい 気分が悪い 頭痛 頭が重い

(以下の欄に具体的に御記入下さい)

---

---

**Qその症状はいつから出現しましたか？**

年 月 日から ( 日前 週間前 ヲ月前 年前 )

**Qこの症状で他の医療機関にて治療を受けましたか？**

いいえ はい (いつ: 病院名 病名: )

スムーズに診察を受けて頂くために、詳しい問診にご協力下さい。両面にご記入下さい。

## 問診表（裏） （裏用紙：表もあります）

**Q薬などのアレルギー**はありますか？（注射、歯科の麻酔、牛乳、卵、食べ物、花粉など）

ない ある→原因物質（具体的に）：

症状：発疹 喘息発作 気分不良 おう吐 意識消失 ショック状態 その他

**Qこれまでに治療したことのある病気があれば教えて下さい。**

中耳炎 難聴 めまい 耳鳴 副鼻腔炎（ちくのう） 花粉症 アトピー性皮膚炎

喘息 高血圧 狭心症 心筋梗塞 不整脈 糖尿病 高脂血症（脂質異常症） 痛風

胃潰瘍 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他（ ）

手術を受けたことがある（時期 手術名 ）

**Q現在内服中のお薬はありますか？**

ない ある（いつから 薬の名前 ）

**Q感染症の既往はありますか？**

ない ある→ B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 結核 その他（ ）

**Qタバコを吸いますか？**

吸ったことがない 以前吸っていたがやめた（1日 本 年間）

現在吸っている（1日 本 年間）

**Q（女性の方のみ）妊娠していますか？また可能性はありますか？授乳中ですか？**

妊娠：いいえ はい（妊娠 週目） 授乳：いいえ はい（生後 カ月）

**Q（小学生以下のみ）処方される薬剤の希望する剤形があれば教えて下さい。**

錠剤 カプセル 顆粒 ドライシロップ シロップ

**Q（窓口負担のある方のみ）領収書の他に明細書の発行を希望しますか？**

いいえ はい

**Q駐車場の利用状況を調べるために、御来院の交通手段を教えてください。**

自動車 バイク 自転車 バス 徒歩

**Q当院をお知りになられたきっかけを教えてください。**

ホームページ アイチケット 路上看板 バス看板 バス車内放送 電話帳  
表示灯（市役所） 小平市高連だより 知人 家族 他の医療機関 その他（ ）

**Q今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。**