

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ お名前			ID	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月	日生まれ	満 才 (男・女)
住所	(〒 - )			
電話番号	-	-	体重(12歳以下の方)	kg

① 発熱はありますか？ ( ない ・ ある [昨日 °C → 今日 °C → 院内 °C] )

②. どのような症状でご来院されましたか？ 当てはまるものに○をつけてください

**耳**      どちらの耳が → [ 右 ・ 左 ・ 両側 ]



痛い かゆい 耳鳴り 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ  
耳あかをとってほしい

今までに『中耳炎』と診断されたことは ない ・ ある ( 才のころ)

**鼻**



鼻づまり 鼻汁がでる(黄色でどろっとしたもの・水ばな) 鼻血 奥が痛い  
匂いがしない くしゃみ 鼻がかさい 鼻水がのどに流れる かゆい

今までに『ちくのう』と診断されたことは ない ・ ある ( 才のころ)

**口・のど**



痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらつぽい  
口内がかわく 口内炎 ものがうまく飲み込めない 舌が荒れる  
息苦しい たんに血が混じる 味がわからない

**その他**

めまいがする 頭痛がひどい 顔が曲がって見える 顔が重たい  
首が痛い 首がはれている いびきがひどい 目が痛い

その他 \_\_\_\_\_

③. いつから症状がでていますか？ ( \_\_\_\_\_ ころから ・ \_\_\_\_\_ 日前から )

④. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ ( ある ・ ない )

ある場合 → 高血圧 糖尿病 肝炎(A型 B型 C型) 心臓病 腎臓病 喘息 結核 脳梗塞 脳出血  
その他 \_\_\_\_\_

⑤. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありますか？ ( ある ・ ない )

ある場合 → どのような薬でした？ \_\_\_\_\_

⑥. アレルギー体質やアレルギー性疾患がありますか？ ( ある ・ ない )

⑦. 今までに手術を受けたことがありますか？ ( ある ・ ない )

ある場合 → ちくのう症 中耳炎 扁桃腺 こまく切開 その他 \_\_\_\_\_

⑧. 現在、他の病気で通院されていますか？ ( かかっている ・ かかっていない )

ある場合 → どちらが悪くてかかってらっしゃいますか？ \_\_\_\_\_

⑨. お煙草を吸われていますか？ ( 吸っている[1日 本 喫煙歴 年] ・ 吸っていない )

⑩. 女性の方に： 現在、妊娠中ですか？または授乳中ですか？ ( していない ・ 妊娠中[ ヶ月] ・ 授乳中 )

⑪. 診療明細の発行をご希望されますか？ ( ある ・ ない )

⑫. 内服されているお薬はございますか？ ( ある ・ ない )

ある場合 → 薬の内容は？ \_\_\_\_\_