

問診表

平成 年 月 日

(ふりがな)

おなまえ 男/女 電話番号 ()
携帯番号 ()
(〒 -)

住所 生年月日 MT SH 年 月 日

以下のあてはまる項目の□にレ点を付けてください。

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

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

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
- 鼻水がのどに降りる

のど

- いたい
- 飲み込みにくい
- 息がしにくい
- 声がかれる
- 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

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
- 禁煙相談
- ピアス

上記以外 ()

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

お薬アレルギーがありますか。(ない・ある⇒薬剤名)

食物でじんましんが出たことがありますか(ない・ある⇒)

医師よりアレルギー体質(喘息・アトピー)と言われたことがありますか(ない・ある)

次の病気はありますか？ 糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・心臓病・脳梗塞

喫煙(ない・ある 本/日× 年) 飲酒(を 本/日)

以前に大きな病気をされましたか(ない・ある)

治療中の病気がありますか(ない・ある)

内服中のお薬を教えてください()

女性の患者様で妊娠の可能性はありますか(ない・ある 週)