

問診表



氏名： _____ 様

住所： _____

医療法人 SSC 天神耳鼻咽喉科

電話番号（自宅・携帯）： _____

下記の事項にお答え下さい。

保護者連絡先： _____（未成年の方のみ）

本日の診察の参考にさせていただきます。

体重： _____ Kg（お子様のみ）

(1) 今日はどのように具合が悪くて受診されましたか。あてはまる症状に○をお願いします。

耳 (左・右)	耳が痛い・耳がかゆい・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか 耳のつまり感
鼻	鼻がつまる・鼻水・くしゃみ・鼻が喉に流れる・鼻がにおう・頭痛 においが分からない・鼻出血・鼻が痛い・頬が痛い（左・右）
のど	のどが痛い・咳・痰・のどの違和感・つまり感・声がかすれる・いびき
口	口の中が痛い・口の中が渇く・舌が痛い・口の中に何かできている 味がわからない
めまい	ぐるぐる回る・フワフワした感じ・吐き気
首	首が痛い・首が腫れている・グリグリを触れる・甲状腺の腫れ
その他	発熱 度・関節痛・悪寒がする・その他（ _____ ）

(2) ● 今の症状はいつ頃から始まりましたか。

_____年 _____月 _____日 または、 _____年 _____月（上旬・中旬・下旬）頃から

● 以前に同じ症状はありましたか。

ない・ある

それはいつ頃ですか： _____

● 今までどこかで治療を受けましたか。

いいえ・はい

医師または病院名： _____

いつ頃： _____

(3) 現在、病気で（耳鼻科以外の病気も含めて）医院、病院にかかっていますか。

ない・ある

※お薬手帳ががあれば

ご提示ください

病名： _____

医院 / 病院名： _____

投薬なし・あり（薬の名前 _____）

(4) 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？ _____ ・特になし

①アレルギー性鼻炎 ②喘息 ③糖尿病 ④胃潰瘍 ⑤高血圧 ⑥心臓病
⑦緑内障 ⑧前立腺肥大 ⑨肝臓病 ⑩受けた手術（ _____ 術）

(5) 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。（ はい・いいえ ）

「はい」の方… 分かれば薬・食べ物の名前（ _____ ）

(6) 女性の患者様にお尋ねします。 妊娠（ 有・無 ） 授乳（ 有・無 ）

(7) ご来院された経緯について、当てはまるものがあればご記入ください。

新聞・雑誌・インターネット・ご紹介（ _____ 様より） ・その他（ _____ ）

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。ご協力ありがとうございました。