

記入日：20 年 月 日

問診票

ID No.	入力者
--------	-----

フリガナ お名前	性別 男 女	ご住所 〒 -	ご職業
生年月日 西暦 年 月 日生	年齢 満 歳 小児 ヵ月	連絡先 ①携帯電話： () ② : ()	※全員ご記入ください 身長 体重 cm kg

Q.今日はどのような症状で受診されましたか？ ※当てはまるものに○印

*全身症状	・発熱 () °C ・関節痛 ・寒気 ・食事ができない (全く・少し・食欲なし) ・その他 ()
*耳 (右・左・両方)	・痛み ・耳だれ ・かゆみ ・耳あか ・耳掃除希望 ・耳の下がはれている ・耳がふさがった感じ ・聞こえにくい ・耳鳴り ・その他 ()
*鼻	・鼻づまり ・鼻水 (状態：さらさら・ねばねば /色：透明・白・黄緑) ・鼻水がのどに流れる ・鼻血 (右・左) ・くしゃみ ・かゆみ ・においが分からない (全く・少し) ・いびき ・鼻、鼻周辺の痛み (場所) () ・その他 ()
*のど	・痛み ・痛みで食事ができない ・咳 (乾いた咳・痰のからんだ咳) ・痰がからむ ・痰に血が混じる ・のどが乾く ・のどがつまる (常に・飲食時) ・息苦しい ・声のかすれ ・いびき ・寝ている時に息が止まる (睡眠時無呼吸) ・その他 ()
*くび	・しこりを触れる ・押すと痛い ・首がはれた ・その他 ()
*めまい	・ぐるぐる回る ・くらくらする ・立ちくらみ ・意識を失う感じ ・その他 ()
*口・舌	・口内炎 ・舌の痛み ・味がしない (全く・少し) ・しびれる ・その他 ()
*その他 の症状	
*手術	・鼻の手術希望 ・鼻の手術について相談したい
*検査希望	・アレルギー検査 ・血液型検査(自由診療) ※治療上必要な検査については医師の判断で行います

Q.いつ頃から症状が出ましたか？	本日・昨日・()日前・()週間前・()ヵ月前・()歳ごろから
Q.他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください。	・高血圧 ・糖尿病(HbA1c %) ・心臓病・ペースメーカー有 ・高脂血症 ・肝臓病() ・腎臓病() ・前立腺肥大・緑内障・脳や血管の病気 ・胃潰瘍・アレルギー性鼻炎・花粉症・ぜんそく・その他()
Q.今までに手術をしたことがあればご記入ください。	内容() 手術を受けた年齢 () 歳
Q.現在服用中のお薬はありますか？	なし・あり ※おくすり手帳をお持ちでない方は薬の名前をご記入ください。 【 ※おくすり手帳等、お薬の情報をお持ちの方は、問診票と一緒に「受付」へご提出ください。】
Q.お薬の希望について伺います。	形態の希望 (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 坐薬可 ・ いずれでも可)
Q.薬や、病院・歯科の治療中に具合が悪くなったことはありますか？	なし・ある →※ある場合、詳しくお書きください。(いつ、薬剤、治療内容、症状) 【 】
Q.薬や食べ物のアレルギーはありますか？	なし・ある →※ある場合、詳しくお書きください。(薬・食べ物の名前、症状) 【 】
Q.喫煙歴のある方に伺います。	喫煙歴：1日()本 ()年間位、現在は喫煙して(いる ・ いない)
Q.女性の方に伺います。	妊娠中または妊娠の可能性は (ない ・ ある) 現在、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

- Q.来院されたきっかけを教えてください。
- ①近所 ②看板 ③ホームページ ④インターネット検索
⑤知人・友人の紹介 ⑥家族の紹介 ⑦新聞雑誌記事
⑧パンフレット ⑨他医療機関からの紹介



ご協力ありがとうございました。
他に質問などございましたら、
お気軽にスタッフまでお声かけください。