

# 問診票

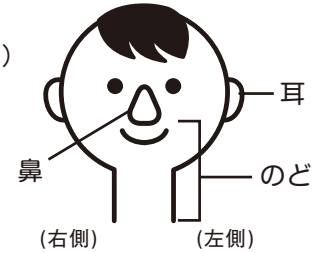
記入日 平成 年 月 日

ひらがな					性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 才				
名前					男・女						
体温	度	身長	cm	体重	kg	電話					
住所	〒 _____										

この問診票は、診察する上で大切な資料となります。ありのままをお書きください。秘密はかたくお守りいたします。

## 1) どこが、どのように具合が悪いですか？

- ・みみ(耳あか / 聞こえにくい / 耳が痛い / 耳がかゆい / 耳鳴り / 耳が塞がっている感じ)
- ・はな(鼻水 / 鼻づまり / 鼻水がのどに回る / 鼻が痛い / 鼻血)
- ・のど(のどが痛い / せき / 声が出にくい / 痰がからむ)
- ・睡眠時無呼吸 ・いびき ・めまい(ぐるぐる回る / ふわふわする)
- ・その他( )



どの辺りか、丸をつけてください。

## 2) いつごろからですか？

## 3) ご自分ではこの症状の原因は何だと思えますか？

- かぜ ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ ちくのう症 ・ ストレス ・ 寝不足 ・ 年齢  
その他( )

## 4) 今回、以下のなかで希望する項目があれば○を付けてください。

ただし、○をつけても不要な検査は行いません。

- CT検査 ・ アレルギー血液検査 ・ めまい検査 ・ 睡眠時無呼吸(いびき)検査  
相談してから検討したい

## 5) 今までにかかった病気・治療中の病気はありますか？

- ぜんそく ・ アトピー ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞 ・ 心臓病  
そのほか( )

## 6) 今、飲んでいる薬を書いてください。お薬手帳がある方は記入しなくて構いません。

- お薬手帳持参あり ・ 飲んでる薬( )

## 7) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり( )

## 8) たばこ・お酒について

- たばこ:( )本/日 ・ 吸わない お酒:(毎日飲む ・ 週に 回飲む ・ 飲まない)

## 9) 女性の方に伺います

- 現在 妊娠の可能性(あり・なし) 妊娠中(はい・いいえ) 授乳中(あり・なし)

## 10) 当院をお知りになったきっかけは?(複数回答可)

- ① ご紹介 ② 近所・通りがかり ③ 電話帳 ④ ホームページ ⑤ チラシ  
⑥ そのほか( )