

問診票

記入日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------|----|----|----|-----|------|-----------------------|--|--|--|--|
| ひらがな | | | | | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 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 ()



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
経鼻内視鏡検査

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 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
そのほか () ・ なし

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 () ・ なし

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) ※はいの方は 妊娠 () 週 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 ドクターズファイル
⑥ そのほか ()