スムーズに診察を受けて頂くために、詳しい問診にご協力下さい。両面にご記入下さい。

R 年　月　日　**問診票（表）**　（表用紙　：裏もあります）

フリガナ　　生年月日　年　月　日　年齢　歳

氏名　　男　女　職業（学校名）

住所　〒　-　市　町

携帯番号　-　-　固定電話番号　-　-　-

身長　cm　体重　kg　体温　℃（熱のある方）

□別紙の個人情報保護方針に同意します。

Q本日はどのような症状で受診されましたか?該当するものを全て○で囲んで下さい。
複数ある場合は、最もつらい症状に◎をして下さい。

耳（左　右　両）　補聴器（　社製）を　（左　右　両）耳に装用している
痛い　耳だれ　聞こえが悪い　耳鳴　ふさがった感じ　音がひびく　かゆい
耳あか　水ぶくれ　耳の中に水が残っている　補聴器を試したい

鼻（左　右）
鼻水（水のよう　ねばっこい　色が付いて膿のよう)　鼻水がのどの奥にたれる
くしゃみ　鼻づまり　鼻血　ほおが痛い　鼻を打った　匂いが分からない　かゆい

のど
痛い　声がかすれる　息苦しい　飲み込みにくい　飲み込むと痛い　異和感
たんが絡んだ咳　乾いた咳　たんが絡む　いびき　夜中に息が止まる
扁桃のはれ　のどに何かがはり付いて取れない感じ

めまい（　秒・分・時間続いた)
頭の向きを変えるとめまいがする　ぐるぐる回る　ゆれる　ふわふわする
はきけ　おう吐　目の前が真っ暗になる　立ちくらみ

口の中
口内炎　舌にできもの　味が分からない

くび・顔・目
目が痒い　顔面神経麻痺(右・左）
腫れているできもの（固い　軟らかい　動く　動かない)

全身症状
発熱　寒気　体がだるい　気分が悪い　頭痛　頭が重い

（以下の欄に具体的に御記入下さい)

Qその症状はいつから出現しましたか?
年　月　日から(　日前　週間前　ヵ月前　年前)

Qこの症状で他の医療機関にて治療を受けましたか?
いいえ　はい（いつ：　病院名　病名：　）

※裏もあります

スムーズに診察を受けて頂くために、詳しい問診にご協力下さい。両面にご記入下さい。

問診票（裏）

Q薬などのアレルギーはありますか?(注射、歯科の麻酔、牛乳、卵、食べ物など)
ない　ある→原因物質（具体的に）：
症状：発疹　喘息発作　気分不良　おう吐　意識消失　ショック状態　その他

Qこれまでに治療したことのある病気があれば教えて下さい。
中耳炎　難聴　めまい　耳鳴　副鼻腔炎(ちくのう)　花粉症　アトピー性皮膚炎
喘息　高血圧　狭心症　心筋梗塞　不整脈　糖尿病　高脂血症（脂質異常症）　痛風
胃潰瘍　肝臓病　腎臓病　前立腺肥大　緑内障　その他（　　）
手術を受けたことがある（時期　　手術名　　）

Q現在内服中のお薬はありますか?
ない　ある（いつから　　薬の名前　　）

Q感染症の既往はありますか?
ない　ある→ B型肝炎　C型肝炎　梅毒　HIV　結核　その他（　　）

Qタバコを吸いますか？
吸ったことがない　　現在吸っている(1日　　本　　年間　　歳から)
以前吸っていたがやめた(1日　　本　　年間　　歳から　　歳まで)

Q（女性の方のみ）妊娠していますか？また可能性はありますか? 授乳中ですか？
妊娠　：いいえ　はい（妊娠　　週目、予定日　　月　　日頃）
授乳　：いいえ　はい（生後　　ヵ月）

Q（小学生以下のみ）処方される薬剤の希望する剤形があれば教えて下さい。
錠剤　　カプセル　　顆粒　　ドライシロップ　　シロップ

Q（窓口負担のある方のみ）領収書の他に明細書の発行を希望しますか?
いいえ　はい

Q駐車場の利用状況を調べるために、御来院の交通手段を教えて下さい。
自動車　　バイク　　自転車　　バス　　タクシー　　徒歩

Q当院をお知りになられたきっかけを教えて下さい。
ホームページ　アイチケット　yahoo広告　カルー　こだいら子育てガイド　路上看板
電話帳　　小平市高連だより　知人　家族　他の医療機関　その他（　　）

Q今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えて下さい。

※表もあります