

問診票

| | | | | | | |
|--------|---------|---|---|--------|-----|----|
| かな | T S H R | 年 | 月 | 日 | 生まれ | 歳 |
| 氏名 | | 男 | 女 | | 体重 | kg |
| 住所 〒 | — | | | | | |
| 自宅 TEL | — | — | | 携帯 TEL | — | — |

- ◆今日はどうされましたか？症状に○を、一番困っているものに◎を、お願いします。
- 耳（右／左） きこえが悪い 耳鳴 めまい 耳あか 耳だれ 痛い かゆい
鼻 鼻水（水っぱな／どろどろ） 鼻つまり 痛い 鼻血 においがしない
花粉症
のど 痛い 声かすれ 咳 痰 息苦しい 異物感 熱がある
食べ物や飲み物がのみ込みにくい
その他 くびのしこり いびき 睡眠時無呼吸の検査希望

◆それはいつからですか？経過を教えてください。

◆今治療中の病気、過去に受けた手術などがありますか？

ない

ある 喘息・糖尿病・高血圧・心臓病・その他（ ）

◆お薬手帳はお持ちですか？ 持参 持参なし もともと持っていない

※継続して服用している薬がある方は、診察室でお薬手帳をお見せください。

◆薬で発疹や気分不快の経験はありますか？

ない ある（薬剤名 ）

女性の方におたずねします。

◆妊娠していますか？ いいえ はい（現在 週） 可能性あり

◆授乳中ですか？ いいえ はい

◆その他、診察で何かご希望がございましたらご記入ください。