

<問診表>

住所 〒 _____

電話番号 _____

ふりがな _____

氏名 _____

(男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢: 才 (小児のみ 体重 kg)

◆本日はどちらの科におかかりになりますか。マルで囲んでください。

耳鼻咽喉科

皮膚科

内科

※下記問診内容では、該当する□にレ点でチェックをお願いいたします。

◇本日はどのような症状でお困りですか

【いつから】 □急に □本日～ □昨日～ □2.3日前～ □4.5日前～ □1週間前～

□2.3週間前～ □1ヵ月前～ □2.3ヵ月前～ □半年前～ □1年前～ □数年前～

【どこが】 □両耳 □右耳 □左耳 □両鼻 □右鼻 □左鼻

□のど □舌 □頭 □顔 □首 □その他 (_____)

【症状】 □痛い □腫れている □かゆい □熱がある □頭痛 □腹痛 □定期健診

(みみ) □めまい □耳鳴り □難聴 □耳がこもる □耳だれ □耳垢

(はな) □花粉症 □くしゃみ □鼻汁 □鼻閉 □膿性鼻汁 □後鼻漏

(のど) □咳 □痰 □声がれ □違和感 □異物

□その他 (_____)

◇本日、熱はありますか □はい _____ 度 ・ □いいえ

◇<既往歴> 下記の病気にかかれたことはありますか

□花粉症 □気管支喘息 □アトピー性皮膚炎 □てんかん □糖尿病 □高血圧

□緑内障 □前立腺肥大 □脳梗塞 □不整脈 □胃潰瘍 □肝炎

□薬物・食物アレルギー (薬物・食物名: _____)

※その他、大きな病気や手術の経験はありますか □はい ・ □いいえ

「はい」とお答えの方…わかる範囲内で、病名・治療 (_____)

アレルギー検査を希望されますか □はい □相談したい □いいえ

◇<常用薬> 現在、服用中 (使用中) のお薬がありましたら、お知らせください。

[_____]

◇<喫煙・飲酒> タバコを □吸う・□吸わない お酒を □毎日飲む・□機会飲酒・□飲まない

◇女性の方のみお知らせください 現在、□妊娠中: 出産予定日 月 日 ・ □授乳中

◇当院をどちらでお知りになりましたか? □口コミ □インターネット □他院からの紹介 □知人からの紹介

□新聞広告 (よくだにい・週刊佐久平・軽井沢新聞) □ママモ □お店に置いてあるチラシ (店名 _____)