

年 月 日

ID _____

問診票

ふりがな

生年月日

お名前

(男・女)

大・昭・平

年

月

日

(歳)

〒

住所:

職業:

電話:

体重:

kg

① 症状について

●症状はいつごろからですか? 今日から () 日前から () ヶ月前から () 年前から

●現在の症状について丸〇を付けてください。

(耳)・・・どちらの耳ですか(右・左・両)

耳が痛い

耳だれがでる

耳がかゆい

耳垢をとってほしい

聞こえない

耳鳴りがする

めまい

(鼻)

くしゃみが出る

鼻水がでる

においがわからない

鼻がつまる

鼻血がでる

花粉症

アレルギー性鼻炎

(のど)

のどが痛い

たんがでる

せきがでる

声がかれる

のどに違和感がでる

のどがかゆい

目がかゆい

耳の下が腫れている

熱がある () 度

その他 ()

●車は運転しますか? いいえ はい (約 時間)

運転中に眠気におそわれたことはありますか? はい いいえ

② 今までにかかった病気があれば、教えてください。

熱性けいれん 糖尿病 高血圧 前立腺肥大 ぜんそく 小児ぜんそく 花粉症 アレルギー性鼻炎

アトピー 緑内障 食物アレルギー () 心臓病 腎臓病 肝炎 (B・C・その他)

結核 胃・十二指腸潰瘍 その他 () 手術 ()

③ 飲んでいる薬があれば教えてください。

()

④ 今までに薬・注射・麻酔などで体に異常が起きたことはありますか?

いいえ はい (薬名: 症状:)

⑤ タバコは吸っていますか?

現在吸っている (1日 本 年間) 吸わない 以前は吸っていた (1日 本 年間)

⑥ 女性の方へ質問です。

●現在妊娠していますか? またその可能性はありますか? いいえ はい (週間)

●現在授乳中ですか? いいえ はい (ヶ月)