

問診票

No. ()

平成 年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。できるだけ詳しくご記入ください。

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 () 歳
お名前	様				
住所	〒 -		電話番号	自宅 () -	
				携帯 () -	

体温は？	※発熱、のどの痛みがある方記入願います (体温計→受付にあります)	高熱の方 ⇒	食事摂取は？ 可・不可
	発熱はいつから？ ()	°C	水分摂取は？ 可・不可
小学生までの お子さま	今までに熱性けいれんになったことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 才時に 回	※体重 kg (体重計→受付横にあります)
妊娠中あるいは授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週目)	<input type="checkbox"/> 授乳中	

● 今回の症状はいつからですか？ () から

● どのような症状がございますか？ 項目を○でかこんでください(いくつでも)

- | | | | |
|---------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|
| ◆みみ(□右 □左 □両) | ◆はな(□右 □左 □両) | ◆くち、のど | ◆その他の症状 |
| ・痛い | ・鼻水が出る | ・せきがでる | ・頭痛 |
| ・かゆい | (・透明サラサラ ・黄色ネバネバ) | ・痰がからむ | ・顔や頬が痛い |
| ・聞こえにくい | ・鼻がつまる | ・のどが痛い | ・あごが痛い |
| ・つまる・音がこもる | ・くしゃみ | ・はれた | ・首が痛い |
| ・耳鳴りがする | ・鼻水がのどに下がる | ・違和感がある | ・いびき |
| ・違和感がある | ・鼻をすする | ・声がかれた | ・目のかゆみ
(コンタクト 有・無) |
| ・膿や汁がでる | ・鼻がかゆい ムズムズする | ・飲み込みにくい | ・目やに |
| ・耳から臭いがする | ・鼻が痛い | ・味がわからない | ・吐き気 |
| ・物をつめた | ・鼻血がでる | ・口が渇く | ・倦怠感(体がだるい) |
| ・出来物ができた | ・においがわからない | ・歯が痛い | ・関節痛 |
| ・耳掃除してほしい | ・臭いがする | ・物がささった
(魚の骨の場合、
何の魚ですか?) | ・めまい |
| | ・物をつめた | ↓ | ・ふらつき |
| | ・花粉症状出てきた | () | |

◆ その他 ()

● 現在治療中の病気や、今までに治療を受けた病気はありますか？

- ・ない ・ある → ・高血圧 ・糖尿病 ・脳梗塞 ・心筋梗塞 ・がん
 ・アレルギー性鼻炎 ・ぜんそく ・副鼻腔炎(蓄膿症)
 ・その他()

● 現在、内服中の薬があれば教えてください

- ・ない ・ある → ()

★お薬手帳など(現在内服中の)薬名のわかるものをお持ちでしたら、一緒にお出し下さい

● 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったり、じんま疹がでたことがありますか？

- ・ない ・ある → (その原因は？)

● タバコは ・吸わない ・吸う (一日に 本)

● 飲酒は ・しない ・する (□たまに □ときどき □毎日)