

問診票

No. ()

令和 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 様	生年月日	大正	年 月 日 () 歳
お名前				昭和	
				平成	
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？ ()		℃	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？	☐ なし		※体重 kg (体重計→受付横にあります)
		☐ ある → 才時に 回		
妊娠中あるいは授乳中ですか？ ☐ 妊娠中 (週目) ☐ 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)

- ・痛い
- ・かゆい
- ・聞こえにくい
- ・つまる・音がこもる
- ・耳鳴りがする
- ・違和感がある
- ・膿や汁がでる
- ・耳から臭いがする
- ・物をつめた
- ・出来物ができた
- ・耳の下あたりが痛い
- ・耳掃除してほしい
- ・鼻水が出る
- ・(透明サラサラ・黄色ネバネバ)
- ・鼻がつまる
- ・くしゃみ
- ・鼻水がのどに下がる
- ・鼻をすする
- ・鼻がかゆい ムズムズする
- ・鼻が痛い
- ・鼻血がでる
- ・においがわからない
- ・臭いがする
- ・物をつめた
- ・花粉症状出てきた

◆くち、のど

- ・せきがでる
- ・痰がからむ
- ・のどが痛い
- ・のどがイガイガする
- ・はれた
- ・違和感がある
- ・のどがかゆい
- ・声がかれた
- ・飲み込みにくい
- ・味がわからない
- ・口が渴く
- ・歯が痛い
- ・魚の骨がささった

◆その他の症状

- ・めまい
- ・ふらつき
- ・吐き気
- ・頭痛
- ・顔や頬が痛い
- ・首が痛い
- ・関節痛
- ・倦怠感(体がだるい)
- ・悪寒(寒気がする)
- ・いびき
- ・目のかゆみ
(コンタクト 有・無)
- ・目やに
- ・目の充血

◆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)薬品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 (□ときどき □毎日)