

問 診 票



田中耳鼻咽喉科クリニック

令和 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	
氏名			明・大・昭・平・令	年 月 日
			(歳 ヲ月)	
住所 〒	電話番号	携帯電話番号		
勤務先・学校名・保育園、幼稚園名				
被保険者名			被保険者との関係	

体温 ℃ 発熱：いつから(/ ~ /) 最高 ℃ 体重(お子様のみ) kg

① 本日はどのような症状ですか？ あてはまる症状に○で囲んでください。

耳 (右・左)	聞こえにくい・痛い・耳だれ・つまった感じ・耳なり 耳あか・かゆい・きこえの検査希望 ()
鼻 (右・左)	つまる・鼻水(黄色・透明)・においが弱い・くしゃみ・ 鼻血・痛い・かゆい・アレルギー検査希望 ()
のど	痛い・飲み込みにくい・声がかすれる・せき・たん・いびきをかく・睡眠時無呼吸・睡眠時無呼吸検査希望 骨が刺さった・何かできている ()
口	痛い(口の中・舌・くちびる)・口が渇く・腫れる・できものがある・ 味が弱い ()
くび	痛い(首・顔)・できものがある(首・顔)・ 顔の動きが悪い ()
めまい	ぐるぐる回る・ぐらぐらゆれる・ふわふわ浮く・吐き気 ()
その他	()

② その症状はいつからですか？ ()から急に・段々と・時々

③ 過去にかかった病気や現在お持ちの病気はありますか？ ○で囲んでください。

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管障害 高脂血症 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 喘息 アトピー 前立腺肥大
緑内障 その他() 手術歴()

④ 現在飲まれているお薬はありますか？ なし・あり (薬の名前:)

⑤ 今までにお薬、食べ物、予防接種等でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい・いいえ

※お薬手帳や薬の説明書き等お持ちでしたら受付へ提出してください。

お薬、食品名 ()

⑥ 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ (はい ヲ月・いいえ・わからない)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

⑦ お子様へ 熱性けいれん・ひきつけを起こしたことがありますか？ はい(歳 ヲ月頃)・いいえ
お薬の形にご希望はありますか？ (何でも飲める・錠剤・粉薬・シロップ)
お子様のニックネームなどはありますか？ (ちゃん/くん)

⑧ 嗜好品についてお答えください。

お酒・ビール (1日 杯)・飲まない タバコ (1日 本)・吸わない