

問診票

令和 年 月 日

ご住所	〒	お電話：	
		携帯電話：	
ふりがな		生年月日：T・S・H・R 年 月 日	
お名前		年齢： 才	性別： 男・女
ご職業	体重（13才以下の方） kg	本日お熱がある方はご記入ください 度 分 2週間以内発熱（あり・なし）	

1.いつから症状がありますか？（必ずご記入ください）【 】

耳《右・左・両耳》 痛み（ 手前 奥の方 ）

耳だれ・耳あか・難聴・耳鳴・めまい・耳のつまる感じ・かゆい・はれている

鼻 鼻が痛い・鼻づまり・鼻水（ 透明 黄色 緑 茶色 ）かゆい・鼻血・くしゃみ・においがしない

のど（首） のどが痛い（ 軽度 唾液飲んでも痛い 飲食困難 口が開かない ）

せき・たん・つかえ・息が苦しい・声がれ・血が出る・違和感・しこり

□ 舌が痛い・味がわからない・口内炎

顔 ほおが痛い・はれている・顔が動かない・麻痺・できもの

目 痛い・かゆい・涙が出る・はれている・目やに

その他： *インフルエンザ等 感染症の疑いのある方は受付にお申し出ください。

2. アレルギー性鼻炎の特別な治療法、及びアレルギー検査のご相談希望の方は以下に○をつけてください

鼻のレーザー治療（または高周波治療）・皮下免疫療法・舌下免疫療法・アレルギー検査（血液検査）

3. これまでにかかった病気をすべて教えてください（完治しているもの、治療中のものも含む）

（ ）

4. 現在飲んでいる内服、外用薬、注射はありますか？（ ある・ない ）

服用中の方は、本日お薬手帳（薬がわかる物）はお持ちですか？（ ある・ない ）

お薬手帳等お持ちの方は直接、先生にお見せください。ない方は、お薬の名前をお書きください。

【 】

5. お薬や食品で副作用（アレルギー）がでたことがありますか？（ ある・ない ）

ある方は、お薬または食品の名前をお書きください。【 】

6. 女性の方へご質問です。

・今、授乳していますか？（ はい・いいえ ）

・今、妊娠していますか？（ はい・いいえ・可能性がある ）

『はい』に○をした方、何週目ですか？【 週】