

問 診 票

平成 年 月 日

名前 _____ 男・女 _____ 才 _____ 身長 _____ cm
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 体重 _____ kg
体温 _____ °C
(発熱37°C以上の場合記入)

<女性の方へ>

現在、授乳中(生後 _____ ヶ月) 妊娠中(_____ ヶ月)

妊娠の可能性 ある・ない・希望している

■今日は、どうなさいましたか。 番号と症状に○をつけて下さい。

- 1) 耳・・・・・耳が痛い・耳だれ・聞こえが悪い・急に聞こえない
ふさがった感じ・他()
- 2) 鼻・・・・・鼻がつまる・鼻汁・鼻出血・匂いがしない・頭が重い
くしゃみ・他()
- 3) のど・・・・・のどが痛い・食べ物がつかえる・口内炎・いがらっぽい
口が乾く・食べられない・他()
- 4) めまい・・・・・体を動かす時・起き上がる時・歩行時・嘔気・嘔吐
(回転性・ふらつき)
- 5) 排便・・・・・通常は(_____ 回/日) 普通・便秘・軟便・下痢
現在は(_____ 回/日) 普通・便秘・軟便・下痢
- 6) その他・・・・()

■上記症状を詳しく記入して下さい。

いつから() どちら側()

※今までどこか治療したことがありますか ある(医療機関:) ない

※現在のんでいる薬はありますか ある(薬名:) ない

※次の病気をしたことがありますか

花粉症・喘息・糖尿病・高血圧・心臓病・胃潰瘍・緑内障・前立腺・胆石

他、手術や病気をしたことがありますか はい() いいえ

※歯の治療中麻酔などで具合が悪くなったことがある(原因:) ない

※薬や食べ物で発疹が出たことがある・ない

※たばこは吸いますか はい(1日 _____ 本位) いいえ

※飲酒はされますか はい(_____ 日/週 _____ ml/日, 種類:) いいえ

■このクリニックはどちらで、お知りになりましたか。

○知人から聞いた ○当院のHPを見た ○その他()

みわこ耳鼻咽喉科