

問 診 票

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		ご職業	
氏名		性別	男・女
生年月日		歳 カ月	体重 kg
住所	〒		
電話番号		携帯	
携帯メールアドレス (任意)	お知らせの可否 (可 ・ 不可)		
DM やハガキにて院内情報、耳鼻咽喉科疾患、季節のイベント情報をお送り致します			

当院をお知りになられたきっかけを教えてください(○印をつけて下さい・複数可)

- ()近所だから、通りかかって ()インターネット(当院HP) ()新聞折込
 ()友人・知人()さんから紹介 ()口コミサイト:名 ()ポストのチラシ
 ()家族・親族()さんから紹介 ()タウンニュース ()その他()
 ()他院()から紹介 ()電柱看板(イオン・ららぽーと・くら寿司・幼稚園・SOTETSU ROSEN・その他)

1. 本日はどうなさいましたか(○印を付けてください)

■発熱(°C)・頭痛がする

■耳…痛い(右・左) かゆい(右・左) 耳あか 補聴器相談

耳だれ(右・左) 聞こえにくい(右・左) 耳がつまる(右・左) 耳鳴り(右・左)

■鼻…鼻づまり(右・左) 鼻みず(みずばな・黄色・緑色) くしゃみ アレルギー検査希望

かさぶた・においがしない 花粉症 鼻血 アレルギーを治したい(スギ・ハウスダスト) 鼻レーザー治療希望

■のど…のどが痛い ・ 痰がからむ ・ 咳が出る ・ 声がかれる ・ 飲み込みにくい

口内炎 ・ 味がしない ・ のどがつまる(違和感がある) ・ 首がはれている

・めまい…ふらふらする・ぐるぐる回る

2. いつ頃から症状がありますか(時間前 日前 カ月前 年前)

3. ご本人についてお尋ねします

1)持病はございますか?

なし・喘息・心疾患・肝疾患・糖尿病・高血圧・緑内障・胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・高脂血症

その他()

2)現在治療中のご病気はございますか?また、服用中のお薬はございますか

なし・あり()

3)今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

なし・あり()

4)体重を教えてください(体重 kg)

喫煙歴(本/日、 年) 飲酒歴(/日 回/週)

6)現在妊娠中ですか?はい(ヶ月)・いいえ・わからない 授乳中ですか? はい・いいえ

7)服用形態のご希望を1~4の順にお知らせください 錠剤()・粉()・シロップ()・漢方(可・不可)

8)次のうち、あてはまるものがありましたら○印をつけて下さい(該当項目のみ)

()ジェネリック希望 ()服用できない時間帯がある(時 頃)

()なるべく薬の服用は避けたい ()特になし

4. 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください

()

ご記載ありがとうございました。受付スタッフへお渡し下さい。