

# 初めてのの方に(問診表)

No.

年 月 日

ふりがな					
お名前	男 女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日生 (満 歳)
ご住所	〒				
お電話		携帯電話		体 重	子どもさんのみ kg

1. どこが悪いのですか。 耳 (右・左) 痛み 耳だれ かゆみ 耳あか  
 どのように悪いのですか。 耳のつまった感じ きこえにくい 耳なり  
 (○でかこんでください) めまい その他( )

鼻 くしゃみ 鼻みず(水のように/うみのよう) 鼻づまり  
 鼻血 臭いがわからない その他( )

のど 痛み せき たん 声がれ つまった感じ 異物感  
 のみ込みにくい いびき その他( )

くち くちがかわく 味がわからない その他( )

発熱( °C) 頭痛 その他( )
2. いつから悪くなりましたか。 ( )年前から ( )月前から ( )日前から
3. すでに他の医療機関で治療を受けましたか? いいえ ・ はい (いつ: )  
 (どこの病院: )
4. 現在治療中の病気や今までにかかったことのある病気はありますか。 高血圧 心臓病 ウイルス性肝炎( 型) 肝臓病 腎臓病  
 胃潰瘍 緑内障 糖尿病 ぜんそく アトピー性皮膚炎 前立腺肥大  
 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 その他( )  
 手術を受けた(何の? ) (いつ? )
5. 現在病気で他の医師にかかっていますか。 かかっていない  
 かかっている(医院名 )
6. ふだんから飲んでいるお薬や食物アレルギーなどがあれば教えてください。 (例: 高血圧やぜんそくの薬など) (例: 卵や牛乳アレルギーなど)
7. 今までに薬や注射で異常のあったことがありますか。 ない  
 ある(薬名 ) (症状 )
8. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか。 いいえ ・ はい ( 週)  
 授乳中ですか。 いいえ ・ はい
9. 当院を何でお知りになりましたか。 知人から 看板広告 当院を直接見て HP その他( )
10. その他、診察に際して (たとえば、アレルギーの検査・聴力検査・補聴器相談など)  
 御希望があればお書き下さい。

