

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		明・大・昭・平
おなまえ	男・女	年 月 日生
おところ 〒 □□□-□□□□ ←必ずご記入下さい		TEL - -
		連絡先 (ケイタイ) (様方) - -

体重 (12才以下のお子様は ご記入ください) kg

※ 当てはまる所に○印 もしくは ご記入下さい。

問1 どのような症状で 受診されましたか？	耳	鼻	のど
	<ul style="list-style-type: none"> ● 耳がいたい ● 耳だれがでる ● 聞こえにくい ● 耳がつまる ● めまいがする ● 耳鳴りがある 	<ul style="list-style-type: none"> ● 鼻がつまる ● 鼻がよくでる ● くしゃみが多い ● 頭が痛い(重い) ● ニオイがよくわからない ● 鼻血が出る 	<ul style="list-style-type: none"> ● のどがいたい ● のどがつまる ● 声がかれる ● 声が出しにくい ● 口の中がいたい ● せきがよく出る
その他の症状			
問2 いつ頃からですか？	年 月 日 (時間帯 AM・PM 時頃)		
問3 他病院で 治療を受けましたか？	受けた (医院名) ・ 受けてない		
問4 タバコは吸いますか？	吸う (1日 本)(年間) ・ やめた (年前) ・ 吸わない		
問5 お酒は飲みますか？	<div style="text-align: center;">ビール 日本酒</div> 飲む (1日 本)(合)(年間) ・ たまに少量飲む ・ 飲まない		
問6 アレルギーをおこす物は ありますか？	※ お薬 (ある ない) ⇨ (薬名) ※ 食べ物 (ある ない) ⇨ (食物名) ※ その他 (ある ない) ⇨ (具体的に)		
問7 女性の方へ 妊娠されていますか？	妊娠中 (ケ月目) ・ 授乳中 ・ していない		
問8 今までにこの病気で 治療を受けましたか？	1) 高血圧 2) 高脂血圧 3) 糖尿病 4) 緑内障 5) 結核 6) 脳疾患 7) 心疾患 8) 肝疾患 9) 前立腺肥大 10) 胃潰瘍 ※ その他の大きな病気		
問9 現在 お薬を飲んでますか？	<ul style="list-style-type: none"> ● 飲んでいる ⇨ (薬名) ● 飲んでいるがお薬の名前がわからない ● 飲んでいない 		