

平成 年 月 日記入

問診表 (初めての患者様用)

確認もれを防ぐためにできましたら
赤ボールペンで記入お願いします

ふりがな	明・昭	年	月	日	生まれ (年齢 歳)
お名前 (男・女)	大・平				
	体重	Kg (15歳未満の方のみ記入してください)			
〒 ー	固定電話 ()	ー			
ご住所	携帯電話 ()	ー			

1 どのような症状で受診されましたか？

- 耳の症状 : (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳 耳が痛い 耳だれ 耳がかゆい 聞こえが悪い
耳がふさがった感じ 耳鳴り (どのような音? : _____) めまい (ぐるぐる ふわふわ)
- 鼻の症状 : 鼻水が出る (水のように ねばっこい 膿のように) 鼻がつまる くしゃみがでる 鼻がかゆい
鼻血がでる (右 左 両方) においが弱い
- のどの症状 : のどが痛い のどがかゆい のどに何かある感じ 飲み込みにくい 水やつばをほとんど飲めない
咳が出る たんが出る 声がかれている 口内炎ができた 舌が痛い 味がわかりにくい
- その他の症状 : 発熱 (_____ 度 _____ 分) 体がだるい 頭痛 頭が重い 吐き気がする 肩こりがひどい 胃が調子悪い
目がかゆい 夜中に息が止まる 大きないびき 昼間眠い その他 (_____)

2 その症状はいつごろからですか？

今日から () 日前から () 週前から () ヶ月前から () 年前から その他 (_____)

3 1・2の症状で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 : _____ どの医療機関 _____ 処方された薬 _____)

4 3以外で医療機関から処方されている薬がありますか？

ありません あります (病名 _____ 薬の名前 : _____)

5 今までにかかったことがある病気、受けたことがある手術を教えてください。

ぜんそく 小児ぜんそく アレルギー性鼻炎 スギ花粉症 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 緑内障
胃潰瘍・十二指腸潰瘍 その他の病気 (_____)

手術 : 受けたことがない 受けたことがある (_____)

6 今まで薬、注射、点滴、麻酔、検査などで体に異常が起きたことはありますか？

ない ある (何でどんな症状? : _____)

7 タバコについて 現在吸っている (1日 _____ 本 _____ 年間) 吸わない 以前吸っていた (1日 _____ 本 _____ 年間)

8 女性の方のみへの質問です

- 現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ ●現在授乳中ですか？
いいえ はい (出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) いいえ はい (お子さんは生後 _____ ヶ月)

9 保育園・幼稚園などに通っていますか？ (未就学児のみお答えください)

いいえ (_____ 保育園、 _____ 幼稚園) に通っています

10 当院をお知りになったきっかけを教えてください (複数回答可) ①家族から聞いた ②知人から聞いた

- ③通りがかり・近所 ④伊東院長を受診したことがある ⑤当院のホームページ ⑥当院の Facebook ページ
- ⑦Yahoo や Google などの検索サイト ⑧ウイメンズパーク ⑨ドクターズファイル ⑩宮前区.jp ⑪QLife のホームページ
- ⑫その他のホームページ (_____) ⑬電話帳 ⑭チラシ ⑮他の医療機関の紹介 (_____)
- ⑯薬局で聞いた ⑰その他 (_____)

11 診察にあたり特に希望することはありますか？