

問 診 票

【カルテNO, 】

受診日: 令和 年 月 日

氏名	フリガナ	年齢	才	性別	男・女	体温	℃
						
住所	【〒 - 】	生年 月日			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	電話() 携帯()	身長	cm	体重	Kg		

1. どのような症状で来院されましたか。

- 1) 耳の症状はありますか？ なし ・ あり
 ・「あり」の方 耳の痛み(右 左) みみなり(右 左) みみだれ(右 左) めまい
 聞こえにくい(右 左) 耳のふさがった感じ(右 左) その他()
 (いつ頃から)
- 2) 鼻の症状はありますか？ なし ・ あり
 ・「あり」の方 くしゃみ はなみず はなづまり(右 左) 鼻血 その他()
 (いつ頃から)
- 3) のどの症状はありますか？ なし ・ あり
 ・「あり」の方 せき たん 声がれ 痛み 異物感 いびき 無呼吸
 その他()
 (いつ頃から)
- 4) その他の症状()
 (いつ頃から)

2. 今回の病気で他の病院の診察を受けましたか？

- ・いいえ ・はい
 「はい」の方 ⇒ 病院名() 日付()
 治療方法()

3. 今までに耳鼻咽喉科の病気になったことがありますか？

- ・なし ・あり ⇒ ()

4. 今までにどのような手術・病気になったことがありますか？

既往歴 ⇒ ・なし ・あり 結核 糖尿病 高血圧 喘息 高コレステロール血症 肝炎 梅毒 緑内障
 花粉症 アトピー性皮膚炎 前立腺肥大 その他()

手術歴 ⇒ ・なし ・あり (手術名)

5. 現在、服用中の薬はありますか？

- ・なし ・あり(薬名:)

6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ・なし ・あり(薬名又は食べ物名:)

7. どのようなお仕事・スポーツをされていますか？

()

8. 普段の睡眠状態について、どう感じていますか？

- ・問題ない ・熟睡感がない ・日中に強い眠気がある ・足がムズムズする ・寝言や悪夢が多い
 ・その他()

9. 女性の方、妊娠中ですか？

- ・いいえ ・はい ・わからない(可能性はある)
 ⇒「はい」の方 現在 週目 予定日 月 日

10. 女性の方、授乳中ですか？

- ・いいえ ・はい

11. 当院を何でお知りになりましたか？

- ・前を通って ・知人 ・親類 ・広告 ・看板 ・電話帳 ・インターネット
 ・その他()