

問 診 票

平成 年 月 日

名前 _____

体重 _____

kg

体温 _____

℃

* **今日は** どのような症状でいらしたか下記の該当する項目に○印をしてください。

	症 状	いつから
みみ (右・左)	耳痛・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか・かゆい	
	耳がふさがった感じ・音がひびいて聞こえる	
	補聴器相談・ピアス	
めまい	現在(ある・ない)・吐き気	
	どんなめまいですか(回る・ゆれる・ふらつく)	
	どのくらい続きましたか()	
	何をしている時()	
はな (右・左)	鼻血 現在(出ている・出ていない)	
	鼻水が出る(水っぽい・どろっとしている)	
	くしゃみ・鼻づまり・目がかゆい	
	へんな臭いがする・物の臭いがわからない	
	頭重感・鼻水がのどにおちる・いびき	
のど	痛い 食事(できる・できない) 水分(とれる・とれない)	
	咳・たん・物を飲み込む時に痛い	
	物を飲み込みづらい・むせる・異物感	
	声がかすれる(思い当たる原因)	
その他	味がわからない・顔の動きがにぶい・口内炎	
	誤って飲み込んだ(魚の骨・薬のシート・歯・おもちゃ)	
	その他()	
	腫れている(どこが?)	

* これまでに、薬・注射等で体にあわなかった事がありますか？

ある () ・ いいえ

* アトピーや喘息、アレルギーを指摘されたことがありますか？

ある () ・ いいえ

* 現在、他の病(医)院に通院していますか？

はい (病院) ・ いいえ

* 今までに下記の疾患について指摘された事がありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 心臓病 ・ 腎臓 ・ 胃潰瘍 ・ 緑内障
その他()

* タバコ、アルコールは飲みますか？

タバコ 1日/ 本 吸い始めて 年

アルコール ()

* 現在、妊娠中ですか？

はい (ヶ月) ・ いいえ ・ わからない