問診表

平成　　年　月　日

ふりがな

氏名

男　女

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　才）

自宅住所　〒

TEL　（　　）

身長　　cm　体重　　kg

※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。

＊耳（右・左・両方）が・・痛い・かゆい・聞こえない・耳鳴り・耳垢・耳だれ
＊鼻（右・左・両方）が・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ・鼻出血
＊のどが・・・・・・・・・痛い・違和感がある・せき・たんが出る・声枯れ
＊熱がある（　　．　　度）　＊花粉症（眼のかゆみ・鼻水）
＊めまいがする
＊その他（　　）

※いつからですか？　（　　）から

※以下の質問にお答え下さい。

他院で薬を飲まれていますか？　いいえ・はい

☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せ下さい

薬の名前（　　）

薬・注射・牛乳・卵・その他食物のアレルギーはございますか？

なし　・　あり（　　）アレルギー

妊娠・授乳していますか？　（している　　ヶ月・していない）

お酒を飲みますか　いいえ・はい（1週間で　　日程度、飲酒歴　　年）

喫煙をしますか　いいえ・はい（1日で　　本、喫煙歴　　年、または禁煙中　　から）

今までに花粉症やアレルギー性鼻炎を診断されたことはありますか？　いいえ・はい

※ 以下の病気にかかった事のある方は,○を付けて下さい。

1．肺の病気（結核・喘息・慢性気管支炎など）　2．甲状腺の病気
3．糖尿病・高血圧・高脂血症・前立腺肥大症
4．心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・心筋梗塞など）
5．胃、十二指腸の病気（胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など）
6．肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）・すい臓の病気
7．脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）
8．悪性腫瘍（リンパ腫・癌など）　9.皮膚病（慢性痒疹・帯状疱疹など）
10.感染症（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他）
11.心身症・不安症・うつなどの精神的疾患　12.目の病気（緑内障など）

※当院はどうやってお知りになりましたか？

1．インターネット　2．当院ホームページ　3．看板広告をみて
4．家族が通っている　5．知人の紹介　6．他院からの紹介
7．家や職場から近い　（病院名:　　）
8．その他（　　）