

問診票

〒	電話番号
住所	生年月日 大正・昭和
フリガナ	平成・令和 年 月 日
氏名	性別 男・女
	体温 °C

ご職業(特に、声を使う仕事や音を聞く仕事の方は詳細に)

当院を知ったきっかけ
 家族が受診した 知人・友人から聞いて 病院・クリニックからの紹介【 】
 インターネット: 当院のホームページ・医者どこ・検索サイト【 】 近くに住んでいる・勤めている
 買い物にきたついで 駅の地図・看板どこ?)

・今日はどうされましたか? ○印をつけください。

みみ(右・左)・はな・のど・めまい・予防接種・禁煙外来・睡眠時無呼吸症候群

・具体的にはいつからですか? どのような症状がありますか?

・今までに手術を受けた事がある方は、手術名と年齢をお書きください。

・その他、大きな病気にかかったことのある方はお書き下さい。

・下記の病気と診断されている方は○印と年齢をお書きください

心臓・冠動脈疾患(歳) 脳梗塞・脳出血(歳) 高血圧(歳) 糖尿病(歳)
 高脂血症(歳) 痛風(歳) 前立腺肥大(歳) 消化器疾患(歳)
 肝臓病(歳) 腎臓病(歳) 緑内障/白内障(歳) 関節リウマチ(歳)
 呼吸器疾患(歳) 喘息(歳) アトピー性皮膚炎(歳) アレルギー疾患(歳)
 膠原病(歳) 婦人科疾患(歳) 精神疾患(歳) 甲状腺疾患(歳)

・現在、服用中のお薬はありますか?

ない ・ ある(薬名:)

・これまで、花粉症などアレルギー体質だと言われた事ありますか。 はい いいえ

【はい】と答えられた方はアレルギーの採血検査を希望されますか。 はい いいえ 相談したい

・今までに薬を飲んだり・特定の食べ物を食べてじんま疹やアレルギーがでたことがありますか?

ない ・ ある(原因)

・あなたの身長と体重をお書きください。

身長 cm 体重 kg

・(女性の方のみ) 妊娠していますか? 授乳していますか?

はい(現在 週目/babyの年齢 才/体重 kg) ・ いいえ ・ わからない ・ 妊活中

・タバコについて

吸わない ・ 禁煙した(歳) ・ 吸う(本/1日・喫煙歴 年)

・アルコールについて

飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

令和2年4月改訂

おおの耳鼻咽喉科