



# 問診票 初めてご来院の方

No. \_\_\_\_\_

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	明治	年	月	日生
				大正			
ご住所	〒			発熱のある方	℃		
お電話	( ) -	携帯電話					

### 1. お困りの症状はいつからですか

今日から ( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から

### 2. どのような症状ですか (□の中に☑をつけてください 複数可)

#### 耳 (症状がある部位に○をつけてください)

- 耳が痛い (右・左)
- 耳だれが出る (右・左)
- 聞こえが悪い (右・左)
- 耳がふさがった感じ (右・左)
- 耳鳴りがする (右・左)
- 耳がかゆい (右・左)
- 耳あかを取ってほしい (右・左)
- 補聴器希望 (右・左)

#### 鼻 (症状がある部位に○をつけてください)

- 鼻水が出る
- 鼻づまり (右・左)
- くしゃみ
- 鼻血 (右・左)
- においがわからない
- 鼻水がのどにおりる
- 頬が痛い (右・左)
- 花粉症

#### のど

- のどが痛い
- つかえ感、異物感
- 声がかすれる
- せき
- たん
- 息苦しい
- いびき
- 内炎

#### その他

- めまい
- ふらつき
- 頭痛
- 頭が重い

□ 上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください \_\_\_\_\_

### 3. 当院以外で他院で治療などを受けていたことがありますか

ない  ある (病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ )

※わかる範囲でお書きください

### 4. 現在内服中の薬がありますか

ない  ある (  お薬手帳や薬の用紙あり (ご提示ください) \_\_\_\_\_ )  
薬剤名 \_\_\_\_\_ )

### 5. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気・手術歴はありますか

ない  高血圧  糖尿病  胃潰瘍  喘息  花粉症  アトピー性皮膚炎  
 緑内障  C型肝炎  B型肝炎  A型肝炎  その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 6. 今までに薬や注射・食べ物で体に異常をおこしたことがありますか

ない  ある 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )  
食品名 ( \_\_\_\_\_ )

### 7. 喫煙歴はありますか

ない  ある ( \_\_\_\_\_ 本/日を \_\_\_\_\_ 年間)

### 8. 女性の方へ 現在妊娠中、または妊娠の可能性がございますか

妊娠中 \_\_\_\_\_ 週  妊娠の可能性あり  妊娠希望  授乳中  妊娠なし

### ● 当院をお知りになったきっかけは? (複数回答可)

近所・通りがかり  ご紹介 (ご家族・ご友人 \_\_\_\_\_ 様)  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 当院HP (□PC・□スマホ)  当院HP以外のネットを見て (具体的に \_\_\_\_\_ )

### ● 当院からのダイレクトメールを希望されない方はチェックしてください 希望しない

ご記入ありがとうございました。記載された情報は大切に保管させていただきます。

