



問診票 再診された患者さまへ

ID番号: _____

当院に受診していただきありがとうございます。

前回受診から1年以上経った患者さまには、**既往歴の確認**のため問診票を書いていただいています。

お手数ですがご記入よろしくお願ひします。

お名前	フリガナ	生年月日	明治	年	月	日生
			大正			
ご住所	〒					
お電話	() -	携帯電話				

1. 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

熱

- ない
- ある(体温 _____ °C)

上記以外の症状、お気づきになったこと、医師に聞きたいことがあればご遠慮なくお書きください

3. 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()

4. 喫煙歴はありますか

- ない
- ある(_____ 本/日を _____ 年間)

5. 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 _____)

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. 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

● 診察の際、耳、鼻、のど等の画像写真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。

