

# 問診票

ふりがな _____	明・昭 大・平	年 月 日	生まれ
名前 (男・女)	(年齢 歳 ヶ月)		
		15歳以下のお子様 (体重 kg)	
住所 〒 -		電話( ) -	
		携帯	

1. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ①家族から聞いて (家族 \_\_\_\_\_ 様に通っているから
- ②知人 \_\_\_\_\_ 様から聞いて
- ③他の医療機関から聞いて
- ④近所・通りがかり
- ⑤看板・電柱の看板を見て(場所 \_\_\_\_\_ )
- ⑥当院のホームページ (当てはまるものに○をつけてください：パソコン スマートフォン 携帯)
- ⑦Yahoo 広告
- ⑧Google 広告
- ⑨その他ホームページ ( \_\_\_\_\_ )
- ⑩iタウンページ
- ⑪チラシ
- ⑫その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 本日はどのような症状で受診されましたか？

耳の症状： (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳  
 耳が痛い 耳だれが出る 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳そうじ  
 耳がふさがった感じがする 耳鳴りがする 音が響く めまいがする

鼻の症状： 鼻水がでる (水のよう ねばい 膿のよう) 鼻がつまる くしゃみがでる 花粉症  
 鼻血 (右 左 両方) 匂いがしない 鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方)

のどの症状： 息がしにくい のどが痛い のどに何かある感じ のみこみにくい 声がかれる  
 口内炎ができた 舌が痛い 咳がでる たんがでる 味がわからない

全身症状： 熱がある ( \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 分) いびき 夜中に息が止まる 体がだるい 顔の麻痺  
 頭が痛い・重い 筋肉痛 吐き気 目のかゆみ 機嫌が悪い 夜泣き 禁煙希望

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. その症状はいつごろからですか？ 今日から( )日前から( )ヶ月前から( )年前から

4. すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ はい (いつ： \_\_\_\_\_ どの病院： \_\_\_\_\_ 薬： \_\_\_\_\_ )

5. 今までにかかった病気があれば、教えてください。

糖尿病 高血圧 緑内障 前立腺肥大 ぜんそく 小児ぜんそく 花粉症 アレルギー性鼻炎  
 食物アレルギー ( \_\_\_\_\_ ) アトピー じんましん 熱性けいれん 透析  
 その他 ( \_\_\_\_\_ ) 手術 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在飲んでいる薬はありますか？血液をサラサラにする薬には○をおつけください。

いいえ はい (薬の名前： \_\_\_\_\_ )

7. 今までに薬、注射、点滴、麻酔などで体に異常がおきたことがあれば以下にお書きください。(薬の種類： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ )

8. 女性の方への質問です。

現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 週) 妊活中  
 現在授乳中ですか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

9. タバコは 現在吸っている(1日 本 年間) / 吸わない / 以前は吸っていた(1日 本 年間)

10. 保育園や幼稚園に通っていますか？ いいえ (託児所 / 保育園 / 幼稚園)に通っている

11. 医師の希望はありますか？ どちらでも良い 院長 副院長 (※副院長は午前のみ診療です)

◎お薬手帳をお持ちの方は受付スタッフへお渡してください