

問診表

ふりがな

氏名：

性別：男性・女性

生年月日：明・大・昭・平 年 月 日

年齢： 歳（小児 ヶ月）

郵便番号・住所：〒

連絡先電話番号：

（熱がある場合）体温 ℃

（お子様の場合）体重 Kg

お困りの症状を○で囲んでください。ほかに相談したいことがあれば△をつけてください。

耳（右・左・両側） 痛い、かゆい、耳だれ、耳垢、聞こえにくい、ふさがった感じ、ひびく、
耳鳴り、めまい、顔面神経麻痺

鼻 痛い、くしゃみ、鼻水（水っぽい、ねばねば、色のついた）、
鼻づまり、鼻水がのどに落ちる、鼻血、アレルギーの検査がしたい

口、のど、舌、首 痛い、せき、たん、声がれ、のどが詰まる感じ、腫れた、いびき、無呼吸
がんが心配、甲状腺の検査をしたい

その他（ ）

それは、いつ頃から始まりましたか？

現在、病気で医院または病院にかかっていますか？ 内服はされていますか？

いいえ ・ はい （病名： ）

（現在服用中の薬： ）

これまでに注射や薬で気分が悪くなったり、アレルギーが出たことがありますか？

いいえ ・ はい （どんな症状ですか： ）

（薬品、食物： ）

女性の方にお尋ねします。 現在、妊娠 授乳されていますか？

いいえ ・ はい （妊娠 ヶ月）・授乳中

耳鼻科を受診、治療されたことはありますか？ どういったことで受診されましたか？

いいえ ・ はい （ ）

当院では、どのような治療を希望されますか？ 患者の皆様のご希望に沿った形で治療する目安にしたい
と思っておりますので、ご記入下さい。

a) とりあえずの症状が取ればよい b) そこそこ、しっかりと治したい c) 多少の期間はかかって
もよいから、しっかりと治したい d) その他（ ）

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

a) ご家族・知人・友人から聞いて b) 他の医療機関からのご紹介 c) インターネットや当院のホームペー
ジ d) 院前、駅の看板を見て e) その他（ ）

ありがとうございました。

湯川耳鼻咽喉科

(DDまっぷホームページより印刷)