



# 問診票

## 大鹿耳鼻咽喉科

診療・処方のための大変重要な情報となります。ご協力ください。

記入日 年 月 日

フリガナ  
おなまえ

男・女

生年月日 明・昭 年 月 日(才)

住 所 〒 -

電 話 ( ) -  
携 帯 -

体 重 kg (特に15歳以下の方は必ずご記入ください)

- 平熱 ( )℃ 今日の体温 ( )℃ ←いつごろ計測されましたか (本日 時 分ごろ)
- 耳について 今ある症状を○で囲んでください 症状があるのは ・右耳 ・左耳  
・痛み ・耳だれ ・かゆみ ・耳垢 ・聞こえにくい ・耳鳴り ・つまった感じがする  
・めまい → 別紙の記載もお願いします ・その他 ( )
- 鼻について 今ある症状を○で囲んでください → 別紙の記載もお願いします  
・くしゃみ ・水のような鼻水 ・うみのような鼻水 ・鼻づまり ・鼻血 ・いやな臭いがする ・臭いがわからない  
・その他 ( )
- のど・くちについて 今ある症状を○で囲んでください  
・痛み ・せき ・たん ・声がれ ・つまった感じ ・異物感 ・飲み込みにくい ・くちが乾く ・味がわからない  
・口内炎 ・その他 ( )
- 質問2 質問3 質問4 以外の症状があればご記入ください
- 具合が悪くなったのはいつからですか? ( ) ごろから
- 今までにかかったことのある病気があれば○で囲んでください (含: 現在)  
・高血圧 ・低血圧 ・貧血 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・緑内障 ・糖尿病 ・喘息  
・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 (花粉症など) ・その他 ( )
- 質問7で「アレルギー性鼻炎」に○をされた方にお聞きます。アレルゲン(鼻炎となる原因)をご存じでしたらお書きください  
例: ダニ スギ花粉 ( )
- アレルゲンは血液検査で調べることができますが、希望されますか? ( 希望しない ・ 希望する ・ わからない )
- 今までに手術を経験された方はご記入ください  
いつごろ \_\_\_\_\_ 手術内容 \_\_\_\_\_
- ここ2~3年の間(含: 現在)に他の医療機関にかかられたことのある方にお聞きます。  
受診された科・診断名・処方された薬についてわかる範囲でけっこうですのでお教えてください  
受診科 [ ] 診断名 [ ] 処方薬 [ ]
- 今まで薬の服用や注射で異常がでたことがありますか? ( いいえ ・ はい )
- 質問12で「はい」と答えられた方に質問です。その時の薬名・起きた症状についてわかる範囲でお教えてください  
薬名 \_\_\_\_\_ 起きた症状 \_\_\_\_\_
- 女性の方に質問します。  
現在 妊娠中ですか? ( いいえ ・ はい 週 )  
現在 授乳中ですか? ( いいえ ・ はい カ月目 )
- 当院では漢方薬の処方もおこなっておりますが、希望されますか? ( 希望しない ・ 希望する ・ わからない )
- 診療に関してご希望があればお書きください