



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。

フリガナ お名前	男・女	生年 月日	大・平 昭・令	年	月	日()	(才)
住所 〒	-		電話 携帯	()	-	-	
体重	kg (薬の量に影響しますので必ずご記入ください)		記入日	年	月	日	

- 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
・くしゃみ ・水のような鼻水 ・ネバネバな鼻水 ・鼻づまり ・鼻血 ・いやな臭いがする *ネム可
・臭いがわからない ・その他 () ネム無
- アレルギー性鼻炎(花粉症など)がある方はアレルギー(鼻炎の原因)をご存じでしたらお書きください 良
()
- アレルギー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)
- 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 ()
- 上記以外の症状があればご記入ください
- 今回具合が悪くなったのはいつからですか？ () ごろから
- 現在 他の医療機関で治療を受けている方は
○病名を教えてください。
・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)
・その他 ()
○処方を受けている薬がある方は お薬手帳を 受付にご提示ください。
手帳の無い方は薬の名前をお書きください。
飲んでいる薬 ()
- 今までに手術や大きい病気を経験された方はご記入ください
いつごろ _____ 病名と手術や治療の内容 _____
- 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11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？ (希望する ・ 飲めない ・ 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
- 眠気を感じる可能性がある薬の処方について (運転等をするため望まない ・ 適する薬ならかまわない)