問 診 票

ふりがな	
お名前	15歳以下の方は 体重をお書きください　　kg
生年月日	（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日

① どこの具合が悪くてお困りですか？

みみ	（右　左　両方）　耳あか　痛い　耳だれ つまる　聞こえない　耳なり
はな	鼻水　鼻づまり　鼻血 においがしない　花粉症
のど	痛い　せき　たん　イガイガ　声がれ
その他	めまい　顔が動かない　食事の時むせる 首が腫れている　いびき/無呼吸 補聴器希望　それ以外（　　）

② いつ頃からですか？（詳細がある方は追加で記載ください）

いつ ＿＿＿＿＿＿ 詳しく ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③ 以下の病気がありますか？　（ ない　ある ）

高血圧　心臓病/狭心症（さらさら薬を飲んでいる、飲んでいない）

糖尿病　ぜんそく　胃かいよう　B型/C型肝炎　腎臓病

緑内障　結核　アトピー　悪性疾患（がん）

④ いままでお薬や歯の治療で調子が悪くなったことはありますか？

ない　ある →どんな薬ですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ 現在治療中の病気はありますか？

ない　ある ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥ 現在のんでいるお薬はありますか？

ない　ある ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑦ 女性の方のみお答えください。　現在、妊娠中、授乳中ですか？

どちらでもない　妊娠中　授乳中

⑧ 当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介　ネット　通りがかり　その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨ ご要望、疑問点などございましたら自由に記載ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ありがとうございました。　　たぶち耳鼻咽喉科