

# 初めての方に（問診票）

ID \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

〒

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ (満 才)

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

電話 \_\_\_\_\_ 職業（職種） \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

以下、該当するものに○をつけてください

## 1. 本日はどんな症状で来院されましたか

発熱 ( \_\_\_\_\_ °C)

<耳> (右・左・両方)

<鼻>

<のど>

耳が痛い

鼻みず (黄色・白い・透明)

のどが痛い

耳だれ

くしゃみ

痛みで飲み込めない

聞こえが悪い

鼻づまり (右・左・両方)

せき たん

耳がふさがった感じ

鼻がのどに降りる

声がかすれる

耳がかゆい

鼻血が出る (右・左)

いがらっぽい

耳鳴 (どんな音ですか

) においがわからない

つかえ感、異物感

めまい

味がわからない

息苦しい

耳あかを取ってほしい

頭痛

扁桃腺が腫れる

その他 (具体的に書いてください) ↓ 目がかゆい

口が乾く

くびがはれている

いびき 睡眠時無呼吸

## 2. 上記の症状はいつから始まりましたか ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 現在、上記の状況に対して他の医院、病院で治療を受けていますか

①受けていない ②受けている ②の方 (病名 \_\_\_\_\_ 院名 \_\_\_\_\_)

服薬中の薬 ( \_\_\_\_\_ ) いつから左記の薬をのんでいますか ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 上記の症状以外で治療中の病気や今までにかかった病気、手術はありますか

耳鼻咽喉科の病気 (病名 \_\_\_\_\_ ) (手術 \_\_\_\_\_ )

花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 アトピー 糖尿病 高血圧 高脂血症

心臓病 胃潰瘍 肝炎 脳卒中 肝臓病 結核 前立腺肥大 緑内障

その他 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 内服中の薬 ( \_\_\_\_\_ )

手術 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 薬や食物のアレルギーはありますか

ない あるいは… A. 抗生剤 ( \_\_\_\_\_ ) B. ビリン (風邪薬等) C. ヨード (イソジン)

D. 牛乳 E. その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 女性の方へ、現在、妊娠中・授乳中ですか

いいえ 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週) 出産予定日 ( \_\_\_\_\_ ) わからない 授乳中

## 7. タバコは吸いますか 吸わない 吸う… 1日 \_\_\_\_\_ 本 × 年間

以前は吸っていた… 1日 \_\_\_\_\_ 本 ( \_\_\_\_\_ 才の時に禁煙)

## 8. お酒は飲みますか 飲まない 飲む… 1日 \_\_\_\_\_ ml (日本酒、ビール) つきあい程度

## 9. その他、ご要望があれば項目に○をつけるか、ご要望事項をお書き下さい

(聴力検査、補聴器相談、アレルギーの検査、採血によるアレルギー検査の原因検査、漢方治療など)