

問診票

記入日

ふりがな		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 ()才	男 女
お名前			
連絡先	()	※12才以下のお子様 体重_____kg	
住所	〒 _____		

① 本日はどうなさいましたか？

〈耳〉	〈鼻〉	〈のど〉	〈その他〉
耳痛 (右・左) 耳だれ (右・左) 難聴 (右・左) 耳あか	くしゃみ 鼻が出る 鼻がつまる 臭いが分からない 頭痛・頭重感 鼻血	のどが痛い 声がかれた 口の中、舌が痛い 首がはれた 咳がでる 痰がでる	めまい 花粉症 ()

② いつごろから悪いのですか？

(日 前 ヶ月前 年前)

③ 次の病気にかかったことがありますか？

心疾患 高血圧 脳卒中 糖尿病 腎疾患 肝疾患(型肝炎・肝硬変) 血液疾患
高脂血症 喘息 前立腺肥大 胃・十二指腸潰瘍 結核 その他 ()

④ 現在、他の病気で通院中ですか？ はい いいえ

はいと答えた方は何の病気ですか？ → ()

⑤ 現在、飲んでいる薬はありますか？ ある ない

あると答えた方は何の薬ですか？ → ()

⑥ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい() いいえ

⑦ 女性の方に伺います。現在妊娠していますか？ はい(ヶ月) いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

⑧ 煙草を吸いますか？

はい(本/日 年前から) 吸わない

⑨ お酒を飲みますか？

はい(ビール 本/日)(日本酒 合)(その他) 飲まない

⑩ 当院に来院された理由は？(複数回答可)

1. ホームページを見て
2. 知人、家族からの紹介
3. 他の医療機関からの紹介 (東京医大病院・その他の病院)
4. その他()