

問診票

ふりがな		記入日 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 ()才	男
お名前			女

① 本日はどうなさいましたか？

※12才以下のお子様 体重 _____ kg

〈耳〉	〈鼻〉	〈のど〉	〈その他〉
耳痛 (右・左) 耳だれ (右・左) 難聴 (右・左)	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 日

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()