

ID \_\_\_\_\_

記載日： 年 月 日

# 問 診 表

ふりがな		昭平	
名 前	(男・女)	年 月 日	生まれ(年齢 歳)
現住所	(〒 - )	帰省先	
電 話 ( )	-	電 話 ( )	-

## 1. 本日はどのような症状で受診されましたか？

- 耳： (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳 耳そうじ  
耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳がふさがった感じがする  
耳鳴りがする めまいがする (右回り 左回り ふわふわ)
- 鼻： 鼻水がでる (水のよう ねばい 膿みのよう) 鼻がつまる くしゃみがでる  
鼻血がでる (右 左 両方) いびきをかく においがわからない  
鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方) 花粉症
- のど： のどが痛い (食事可 食事不可) 咳が出る たんが出る 声がかれる 口内炎  
のどに何かある感じ のみこみにくい 味がわからない 口が開きにくい 舌が痛い
- 全身症状： 体がだるい 気分がわるい 夜中に息が止まる 頭が痛い 頭が重い  
吐き気がする 目のかゆみ
- 発熱： ( 度 分)
- その他： ( ) ●学校検診： ( )

## 2. その症状はいつごろからですか？

( )

## 3. 今までにかかった病気があれば、教えてください。

中耳炎 難聴 めまい 耳鳴り 副鼻腔炎 (ちくのう) アレルギー性鼻炎 花粉症  
 ぜんそく アトピー性皮膚炎 食物アレルギー ( )  
 胃潰瘍 高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障  
 その他 ( ) 手術を受けたことがある ( )

## 4. かかりつけの内科・小児科はどこですか？

( )

## 5. 現在治療中の病気がありますか。また内服中の薬があればその名前を書いてください。

( )

## 6. 今までに薬や注射や麻酔・食べ物などで体に異常がおきたことがありますか？

ない  
 ある 何の薬・食べ物ですか？ ( )  
 どんな症状がありましたか？  
 (発疹 喘息発作 気分不良 嘔吐 意識消失 ショック その他： )

## 7. 女性の方への質問です。

●現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ ●現在授乳中ですか？  
 いいえ はい ( 週目) いいえ はい ( ヶ月)

## 8. 15歳以下のお子様 (体重 kg)