



問診票

もりや耳鼻咽喉科

ふりがな		ご住所 〒 _____	
お名前		男 女	↓ 連絡のつきやすい番号をご記入下さい。
明・大・昭・平・令	年齢	自宅番号	体重 () kg
年 月 日生	歳	携帯番号	体温 () °C

●どのような症状で受診されましたか。現在の症状を○で囲んで下さい。

耳（右・左）	鼻	のど	その他
<ul style="list-style-type: none"> 耳痛 耳だれ 耳がかゆい つまった感じ 聞こえにくい 耳鳴り めまい・吐き気 耳の下が腫れた 補聴器の相談 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻づまり 水様の鼻水・粘性の鼻水 黄緑色の鼻水 くしゃみ 鼻血 鼻水がのどに流れる においがしない 頬が痛い 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い 違和感がある 声が出ない・かすれる 渴いた咳 痰がらみの咳 たん 息苦しい 睡眠中の無呼吸 首にしこりがある 	<ul style="list-style-type: none"> 頭痛 頭が重い 舌が痛い 口が乾燥する

いつ頃から症状が出始めましたか？	今日 ・ 昨日 ・ (月 日) から	
その他に症状があればご記入下さい。		
どこかの病院・医院で、今の症状の治療を受けましたか？	いいえ ・ はい ⇨ 病院名： いつ頃：	
他の病院でかかっている病気が以下にありますか？(あれば○して下さい)	いいえ ・ はい ⇨ 病院名：	
高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 胃潰瘍 緑内障	高脂血症 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 前立腺肥大 その他 ()	
現在服用中の薬はありますか？	いいえ ・ はい ⇨ 【はいの方】 薬のお名前 ▲服用中の方は、お薬手帳を受付でご提出下さい。	
今までに入院や手術を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい ⇨ 【はいの方】 いつ頃： 病名： 病院名：	
今までに出血時に止まりにくいことがありますか？	いいえ ・ はい	
薬またはアルコール消毒により体に症状が出たことはありますか？	いいえ ・ はい ⇨ 薬品名： 症状：	
以下の病気にかかったことがありますか？(あれば○して下さい)	いいえ ・ はい	
B型肝炎 C型肝炎 梅毒 エイズ → 現在治療中 ・ 治癒		
たばこは吸われますか？	いいえ ・ はい ⇨ 【はいの方】 1日 () 本、 () 年間	
12歳までのお子様へ	お薬の処方があった場合、ご希望はございますか？ 粉薬 ・ 錠剤	
女性の方へ	妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい (月)
	授乳中ですか？	いいえ ・ はい
○医療費明細書の発行を希望されますか？ 希望する ・ 希望しない (医療費明細書は、領収書とは別に診療内容の書かれたものになります。)		