

🐼 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 月 日生	年齢 歳	携帯番号	体重 () kg 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	鼻	のど	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・右/左耳痛 ・右/左耳だれ ・右/左耳がかゆい ・右/左耳つままった感じ ・右/左耳聞こえにくい ・右/左耳鳴り ・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 → ____分以内には止血した ・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 → 食事○・× 水分○・× ・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 ・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 ・睡眠中の無呼吸

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、ご希望はありますか？ 粉薬 ・ 錠剤 ・ どちらでも
女性の方へ	妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？
	授乳中ですか？
○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。)	