

問診票

ID:

ふりがな 氏名	男 大正・昭和 平成・令和 年 月 日生まれ 歳	(お子さんの体重)
	女 熱があればご記入下さい °C	Kg
住所 (〒 -)	電話番号 () -	

(マイナ保険証をご利用の方) カードから得られる医療情報を、診療のために利用して良いでしょうか? はい・いいえ

 今日はどうしましたか? どのような症状で受診しましたか?

● 耳の症状 (右・左・両方)

1. 耳が痛い
2. 耳がかゆい
3. 耳あか
4. 耳だれ
5. 聞こえが悪い
6. 耳がふさがる、こもる
7. 耳鳴り
8. 音がひびいて聞こえる
9. 顔が動かない・曲がった
10. 耳の下が腫れている

● 鼻の症状

1. 鼻水 (さらさら・どろどろ・色がついている)
2. くしゃみ
3. 鼻づまり
4. 鼻血 (右・左)
5. 鼻がくさい
6. においがしない・弱い
7. 鼻水がのどに下がる (後鼻漏)
8. 鼻が痛い

● 口、のどの症状

1. のどが痛い
2. せき
3. たん
4. たんに血が混じる
5. のどの違和感
6. 声がれ
7. 舌が痛い
8. 味がしない
9. 口臭
10. 口内炎
11. 口がかわく
12. 寝ているときに呼吸が止まる (睡眠時無呼吸)

● 発熱 (°C) 発熱以外の症状 ()

● めまい 1. ぐるぐる回る 2. ふらふらする 3. 吐き気

● その他 ()

 いつから、その症状はありますか? ()

 大きな病気をしたことがあればご記入ください。 ()

 現在治療中の病気があればご記入ください。 ()

 薬や食べ物のアレルギーがあればご記入ください。 ()

 内服中の薬があればご記入ください。 ()
(お薬手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。)

 たばこを吸いますか?

1. 吸わない
2. 吸う (1日 本)
3. 以前吸っていた (前まで、1日 本)

【女性の患者さんにお伺いします】

 現在、妊娠中ですか?

1. いいえ
2. はい (ヶ月)
3. 妊娠している可能性はある

 現在、授乳中ですか?

1. いいえ
2. はい (お子さん: 歳 ヶ月)