

## 問診票

記入日： 2024 年 月 日

|      |   |     |               |
|------|---|-----|---------------|
| フリガナ |   | 男・女 | 生年月日          |
| 氏名   |   |     | 大・昭・平・令 年 月 日 |
| 住所   | 〒 |     |               |
| 電話番号 |   |     |               |

## ◆本日はどうされましたか？（主なものに○をつけてください）

耳（右・左）：耳が（いたい・かゆい） 耳だれ 聞こえが悪い 耳がつまる 耳鳴りがする  
めまいがする

鼻：花粉症 鼻がつまる 鼻水がでる くしゃみがでる 鼻出血 臭いがしない

のど：のどが痛い 飲み込みにくい 息苦しい せきがでる 味がしない 声がかすれる

その他：首がはれた アレルギー検査希望 舌下免疫療法 睡眠時無呼吸症候群

その他（ ）

→いつ頃からですか？

今日から 昨日から （ 日・週・月・年）まえから

→他院で何か投薬や治療を受けましたか？

していない ・ した

（病院名 治療内容 ）

## ◆薬や食べ物などでアレルギーや具合が悪くなったことはありますか？

ない・ある（麻酔の注射（歯科など）・造影剤（CT、MRI など）・のみ薬・点滴薬・食品 ）

（薬剤名・食品名： ）

（症状：皮疹、かゆみ、じんま疹、血圧低下など ）

## ◆これまでにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？

ない・糖尿病 高血圧 狭心症 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 喘息 緑内障

前立腺肥大 腎臓病 その他（ ）

（治療内容： ）

## ◆飲んでいるお薬をすべて教えてください

（内服薬： ）

## ◆タバコは吸いますか？

吸ったことがない 現在も吸っている 過去に吸っていた（やめた時期： 頃）

1日（ ）本×（ ）年間（合わせて）

## ◆お酒は飲みますか？

飲まない 飲む 種類（ ） 一日量（ ）（ml・本・合）

毎日 ・ 週に（ ）回 ・ 機会飲酒程度

## ◆女性の方のみ

妊娠中またはその可能性はありますか？ いいえ ・ はい： 妊娠（ ）週

授乳中ですか いいえ ・ はい

## ◆お子様のみ

体重 kg / お薬の形状 粉・シロップ・錠剤 / 一日 2回・3回

## ●当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 駅看板 通りがかり 知人の紹介 Google map その他（ ）

## ●当院までの来院手段を教えてください

徒歩 自転車 電車 自家用車 その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

世田谷経堂としくに耳鼻咽喉科