

問診表

年 月 日

ふりがな		★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★		
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日	(歳)
	電話番号	()		
住所	〒			

❀ 女性の方へ ❀

妊娠中 (予定日 ___月___日) ・ **授乳中** / 該当なし

1. いつから症状がありますか? → () 日前から

2. あてはまるところに○をつけてください。

* **耳** (右・左・両方) が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 水が入った / いじった / 聞こえにくい / こもった感じ / 耳鳴り (高音・低音)

* **鼻** (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻水がのどに流れる / 鼻血 (右・左)

* **のど** が、 痛い (食事は …… 飲み込める・飲み込めない) / かゆい / 咳 / 痰 / 声枯れ / 違和感 / 魚の骨が刺さった (魚の種類:)

* **めまい** がする (ぐるぐる・ふわふわ・その他) …… どんなときに? ()

* **花粉症・アレルギー性鼻炎** がある

- 診断済 (具体的に:) ➡ **舌下免疫療法** を、希望する・しない
- 自覚症状はあるが調べていない ➡ **アレルギー検査(採血)** を、希望する・しない

* **その他**: 眼のかゆみ / 頭痛 / 関節痛 / 寒気 / 倦怠感 / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢

* **発熱**: いつから _____、_____ °C / **自由記入欄** ()

3. 現在、他院で処方された薬はありますか? ★お薬手帳などは受付でご提示下さい★
はい () ・ いいえ

4. 薬、注射、食物アレルギーはありますか? …… はい () ・ いいえ

5. 歯の治療などの麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか? …… はい・いいえ

6. お酒は飲みますか? …… はい (よく飲む・たまに飲む) ・ いいえ

7. タバコは吸いますか? …… はい (よく吸う・たまに吸う) ・ いいえ

8. かかったことがある病気、または、“該当なし” に○をつけてください。
 肺の疾患 (結核、喘息、慢性気管支炎など) / 肝臓・脾臓の疾患 (肝炎、肝硬変、脂肪肝など) /
 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 胃・十二指腸の疾患 (胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍など) /
 心臓の疾患 (狭心症、不整脈、心不全、心筋梗塞など) / 皮膚病 (慢性痒疹、带状疱疹など) /
 脳血管の疾患 (脳動脈硬化症、脳梗塞、脳内出血など) / 悪性腫瘍 (ガン、リンパ腫など) /
 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1など) / 精神疾患 (鬱、統合失調症、不安症など) /
 甲状腺 / 前立腺肥大症 / 眼病 (緑内障など) / その他 () / **該当なし**

★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします ★

- チラシ・パンフレット・広報誌 SNS (LINE・インスタグラム) 看板等広告
- インターネット (ホームページ) 家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介
- 他院からの紹介 家 (職場) から近い その他 ()