

問診票〔初診〕

年 月 日

フリガナ		性別	体重
お名前		男・女	kg
生年月日	平成・昭和・大正	年	月 日
住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
電話番号		携帯電話番号	
熱の状態	正常	発熱あり (℃)

* 今までに当院にかかった事がありますか？ (+はい 年 月頃 +いいえ)

* 他の医療施設に受診していますか？

1. 内科 2. 小児科 3. 外科 4. 胃腸科 5. 整形外科 6. 皮膚科
 7. 精神神経科 8. 眼科 9. 産婦人科 10. 泌尿器科 11. 脳神経外科
 12. 耳鼻科 13. 歯科 14. 心療内科
 15. その他 (受診している科：)

※その医療施設は、 1. 個人医院 2. 病院

差し支えなければ医院名 (病院名をお知らせ下さい))

* 現在服用中の薬剤がありますか？ 1. ある 2. ない

ある場合は受付にお薬手帳をお見せいただくか、診察の時に先生に服用中の薬の情報をお見せください。

* 薬の副作用がでた事がありますか？ 1. ある 2. ない

(薬剤名：)

* 現在妊娠中ですか？ 1. はい 2. いいえ

耳 (左・右・両側)

* 悪いのは 1. 耳 2. 耳介 3. 耳周囲 4. 耳下腺部

* 症状は？

1. 痛い 2. かゆい 3. つまる 4. 聞こえない 5. 耳鳴 6. 響く
 7. めまい(ぐるぐるまわる) 8. めまい(ふらふらする・よろける)
 9. 顔面神経麻痺 10. 腫れている 11. 定期検診 12. 耳だれ(耳漏)

(自由記載の症状：)

* いつ頃からですか？

1. 今日から 2. 昨日から 3. 2~3日前から 4. 1週間以内 5. 1ヶ月以内
 6. 1~2か月前から 7. 3か月以上前から

* その症状の今の状態は？

1. 当初と変わらない 2. 改善している 3. 悪化している

これで終わりではありません。裏面もあります。ご記入ください。

鼻

*症状は？

1. つまる
2. 鼻みず
3. くしゃみ
4. かゆい
5. 後鼻漏(鼻が後ろに落ちる)
6. 乾く
7. 入り口にかさぶた
8. 痛い
9. 鼻声
10. きたない鼻水がでる
11. においがしない
12. いびき
13. 膿性鼻汁
14. 鼻血

(自由記載の症状：)

*いつ頃からですか？

1. 今日から
2. 昨日から
3. 2~3日前から
4. 1週間以内
5. 1ヶ月以内
6. 1~2か月前から
7. 3か月以上前から

*その症状の今の状態は？

1. 当初と変わらない
2. 改善している
3. 悪化している

のど・その他

*症状は？

1. 痛い
2. 嚥下痛(物を飲む時痛い)
3. つまる
4. 違和感(いがらっぽい等)
5. 咳
6. 痰
7. 腫れている
8. 膿がでる(白い膿が付く)
9. 声がかすれる
10. のどが赤い
11. のどが渇く
12. 味がにぶい(しない)
13. 食欲が無い
14. 腹痛
15. 下痢
16. 不眠
17. 喘鳴(のどや胸がゼーゼーする)
18. 血圧
19. 血痰
20. 機嫌が悪い
21. 夜間の咳がひどい

(自由記載の症状：)

*いつ頃からですか？

1. 今日から
2. 昨日から
3. 2~3日前から
4. 1週間以内
5. 1ヶ月以内
6. 1~2か月前から
7. 3か月以上前から

*その症状の今の状態は？

1. 当初と変わらない
2. 改善している
3. 悪化している

その他気になる点がありましたらお書きください。