

# 初診問診票

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ		記入日	令和	年	月	日
氏名	男 女	生年 月日	大・昭 平・令	年	月	日 ( 歳)
電話	自宅： 携帯： (必要時、病院から連絡してよい番号)	住所	〒 _____			
ご職業						

☆体温 \_\_\_\_\_ °C → 発熱ある方はいつから \_\_\_\_\_ 日前 / \_\_\_\_\_ 時間前から ☆体重 \_\_\_\_\_ kg  
 ・喫煙 ( しない・ \_\_\_\_\_ 年前まで・する \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年 ) ・飲酒 ( しない・たまに・週数回・毎日 )

☆小学生以下の方は、希望される薬の形態を教えてください→ 錠剤 / こな / シロップ / 何でも飲める

(1) 症状はいつ頃からですか → 今日 / \_\_\_\_\_ 日前 / \_\_\_\_\_ か月前 / \_\_\_\_\_ 年前

(2) 一番お困りの症状は何ですか？

みみ	(右・左・両方) 痛い・耳だれ・聞こえにくい・つまった感じ・耳あか・かゆい 耳鳴り( 静かな時・常に・眠れない )
はな	つまる・鼻水 (透明・白・黄 / 緑) ・ムズムズする・くしゃみ・鼻血・においがしにくい
せき	いつ( 1日中・時々・朝・日中・寝る前・夜間 ) ・眠れない・えずく・吐いた
のど	痛い・イガイガする・たん・声がかれる・息がしにくい つまった感じ・胸やけ・酸っぱいものが上がる・ゲップが増えた
その他	頭痛・首のはれ・口内炎・味が分かりにくい・めまい ・いびき・睡眠時無呼吸・アレルギー検査希望・補聴器作成希望

4) 他院処方でお飲まれているお薬はありますか? \_\_\_\_\_ ↓お薬手帳お忘れの方はご記入願います↓

・なし ・あり ( お薬手帳提出 ) ・あり ( 薬名: \_\_\_\_\_ )

(3) 以下の病気を指摘されたことはありますか?

- ・高血圧 ・不整脈 ・心臓病 ・糖尿病 ・ぜん息 ・アトピー ・胃潰瘍 ・緑内障
- ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・結核 ・がん
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・なし

(5) 薬のアレルギーについてお聞きします。

お薬 ( 飲み薬、注射 ) で気分が悪くなったり じんましんが出たり あわなかったことがありますか?

・なし ・あり ( 薬名: \_\_\_\_\_ )

痛み止めの注射 ( 歯の治療や傷を縫ったときなど ) でアレルギーがでたことがありますか?

・なし ・あり ・今までに使用したことがない

(6) 女性の方へ: 妊娠の可能性はありますか? 授乳中ですか?

・妊娠していない ・妊娠の可能性はある ・妊娠 \_\_\_\_\_ 週目 ・授乳中

(7) 当院のことをどちらでお知りになりましたか? (複数可)

- ・診療所前の看板 ・18号線沿いの看板 ・駅の看板 (JR 星田 / JR 寝屋川公園)
- ・家族が受診 ・知人の紹介 ・インターネット ・市役所の封筒 ・タウンページ ・他院からの紹介
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました

いなおか耳鼻咽喉科

住  問  ス  ア