

# 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						

☆発熱      °C→いつから      日前 /      時間前から      ☆体重      k g  
 ・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 / 院長にお任せ

(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・耳鳴り・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) 今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    ・妊娠の可能性がある    ・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