

年 月 日

問 診 票

ID

ふりがな

明・昭
大・平

年 月 日生まれ (年齢 歳)

名前 (男・女)
住所

15歳以下のお子様 (体重 kg)

電話 ()

携帯 ()

受診する科： 耳鼻いんこう科 小児科 皮膚科

★一番つらい症状に◎をつけて下さい★

いつから：()日前 ()カ月前 ()年前
発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温： _____℃
右耳・左耳・両耳 ふさがった感じ 聞こえが悪い 耳鳴り
耳そうじ 耳だれ 耳が痛い ピアストラブル

耳
鼻
い
ん
こ
う
科

鼻水(透明・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻がかゆい
目がかゆい 鼻血(右・左) 鼻水がのどに落ちる
鼻や顔が痛い 匂いがわからない 花粉症…下欄をご記入下さい↓
せき 痰 のどが痛い のどの違和感 声がれ 膿栓(のうせん)
味がわからない 魚の骨が刺さった(何の骨：)
のどの内視鏡検査をしたい いびき・睡眠時無呼吸 めまい
その他()

花粉症・アレルギー性鼻炎の方は、こちらをご記入下さい

・いつから：()年前 / 今年初めて

・お薬の希望はありますか？

飲み薬：希望する / 希望しない

⇒ 錠剤 / 粉 / シロップ

鼻スプレー：希望する / 希望しない

⇒ 液体 / パウダー

目薬：希望する / 希望しない

・コンタクトレンズを使っていますか？

いいえ / はい……【1Day・2Week・それ以上】

・車、バイク、原付の運転をしますか？【いいえ / はい】

発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温： _____℃

鼻水(透明・黄色)【 月 日～】

咳(痰がらみ・乾いた)【 月 日～】

ぜーぜーする【 月 日～】

小
児
科

下痢(泥のよう・水のよう)【 月 日～】

嘔吐【 月 日～】

便秘 頭痛 腹痛 発疹(部位：)

発達・その他

食事/授乳は(普段通り・半分くらい・全然取れない)

水分は (普段通り・半分くらい・全然取れない)

おしっこは (普段通り・少ない・半日以上出ない)

保育園や幼稚園には

通っていない / 通っている(園名：)

・今飲んでいる・使っている薬はありますか？

いいえ はい(名前：)

・薬、注射、麻酔などで体に異常がでたことはありますか？

いいえ はい(薬名： 症状：)

・周囲に病気の方はいましたか？

いいえ はい(どなた： 病名：)

・今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい(いつ： 病院名：)

・今までにかかった病気などはありますか？

花粉症 アレルギー性鼻炎 緑内障 前立腺肥大

ぜんそく 熱性けいれん 川崎病 てんかん アトピー

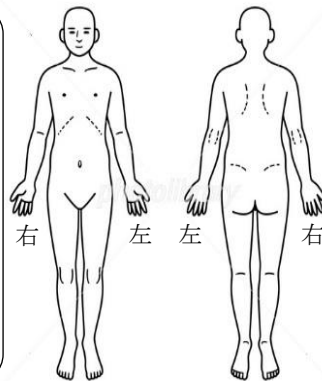
その他()

食物アレルギー()

手術歴(いつ： 手術名：)

皮
ふ
科

いつから、どこに、どんな症状ですか？



・女性の方への質問です。現在、妊娠・授乳中ですか？

いいえ 妊活中 妊娠の可能性あり 妊娠中(予定日： 年 月 日) 授乳中(月 日)

・ご希望はありますか？

※1…保険診療と同じ日には行えません。ご了承下さい ※2,3…スギは12歳～、ダニは5歳～可能です

アレルギー検査希望 鼻レーザー治療(希望する・興味あり) 美容・疲労回復注射※1(希望する・興味あり)

舌下免疫療法(スギ※2・ダニ※3)(希望する・興味あり) ※耳鼻科受診で漢方希望の方はスタッフまでお申し付けください。

◆ お薬手帳をお持ちの方は、受付スタッフにお渡し下さい ◆