

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 皮ふ科

★一番つらい症状に ◎ をつけて下さい★

耳  
鼻  
い  
ん  
こ  
う  
科

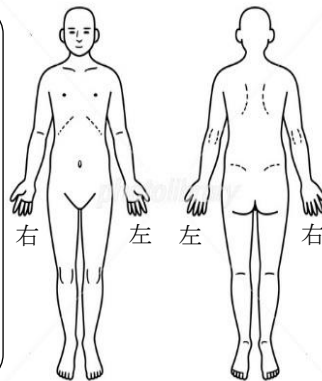
いつから：( )日前 ( )カ月前 ( )年前  
 発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温： \_\_\_\_\_℃  
 右耳・左耳・両耳 ふさがった感じ 聞こえが悪い 耳鳴り  
 耳そうじ 耳だれ 耳が痛い ピアストラブル  
 鼻水(透明・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻がかゆい  
 目がかゆい 鼻血(右・左) 鼻水がのどに落ちる  
 鼻や顔が痛い 匂いがわからない **花粉症…下欄をご記入下さい↓**  
 せき 痰 のどが痛い のどの違和感 声がれ 膿栓(のうせん)  
 味がわからない 魚の骨が刺さった(何の骨： )  
 のどの内視鏡検査をしたい いびき・睡眠時無呼吸 めまい  
 その他( )

花  
粉  
症  
・  
ア  
レ  
ル  
ギ  
ー

・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】( )日分・30日分・60日分  
鼻スプレー：希望する( )本 / 希望しない  
 ※1本で薬2週間分です  
目薬：希望する( )本 / 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】  
アレルギー検査：希望する / 希望しない  
 耳鼻科希望 / 何科でも良い(処方する薬は共通です)

皮  
ふ  
科

いつから、どこに、どんな症状ですか？



小  
児  
科

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～】  
 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： )

・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(カ月目)

・ご要望はありますか？

※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<sup>※1</sup>(希望する・興味あり)  
 舌下免疫療法(スギ<sup>※2</sup>・ダニ<sup>※3</sup>)(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 ◆

web