

問診表

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。平成 年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	〒	—
お名前		明・大・昭・平 年 月 日 才		
TEL	()	—	携帯	

【いつから、どのような症状がありますか？また、その症状について当院以外で治療を受けていますか？】

いつから⇒

どのような症状⇒

【現在、他の病院へ通院していますか？】

・はい ・いいえ

・病院名 _____ ※下記の該当する診療科に○印をおつけください。

(内科 外科 眼科 形成外科 耳鼻咽喉科 小児科 神経内科 整形外科 皮膚科 歯科 産婦人科 精神科)

・病名 _____ (差し支えなければ、教えて下さい。)

【その病院でお薬をもらっていますか？】 ※上記で「はい」とお答えの方

・はい ・いいえ

・どんなお薬をもらっていますか？ (薬品名を分かる範囲でお教えてください。)

()

【大きな病気にかかった事がありますか？】

・はい ・いいえ

・どのような病気ですか？ ※該当する症状に○印をおつけください。

高血圧 糖尿病 喘息 結核 緑内障 脂質異常症

肝疾患 () 腎疾患 () 心疾患 ()

その他 ()

【注射や飲み薬、または抗生剤で気分が悪くなったり、発疹(じんましん)がでたりショックを起こした事がありますか？】

・はい ・いいえ

※「はい」とお答えの方 (・注射で ・薬で) →薬品名 () 症状 ()

【食べ物のアレルギーはありますか？】

・はい ・いいえ

※「はい」とお答えの方

※どのような食べ物ですか？ ()

【胃腸は弱いですか？】 ※お薬によって下痢などを起こした事がありますか？

・はい ・いいえ

【あなたの状態を教えてください。】

・体重 () kg ・お酒 () 本/日 ・タバコ () 本/日

【あなたの状態を教えてください。】

・妊娠 (・はい () ヶ月) ・いいえ ・わからないが可能性はある) ・授乳 (・はい ・いいえ)

予定日 () 月 () 日頃

【あなたの受診可能な曜日を教えてください。】

・平日 ・土日 ・いつでも可 ・不定期

【今までの耳鼻科治療において、疑問点・不安点・不満な点がありましたらお聞かせください。】

[]

以下は、もしよろしければ、ご協力ください。

〔当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）〕

- ①ご紹介（ご家族様、ご友人様）
②近所・通りがかり
③看板を見て（どこの看板ですか？ ・クリニックの前の看板 ・道路上にある看板）
④電話帳 ⑤パソコンのホームページを見て ⑥携帯のホームページを見て
⑦その他（ ）

〔ご友人や知人の方と病気。医院などについて情報交換されますか？〕

- ①5人以上としている ②1～4人としている ③していない

ご協力ありがとうございました