

問診票

この問診票は、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。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 才	ご住所 〒 _____
お名前			
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 _____) 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 (体重は小学生以下の方のみで結構です)]

・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)

[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]