

# 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		ご住所 〒 _____	
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⇒

その症状について当院以外で治療を受けておられますか？

【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 )

・病名 \_\_\_\_\_ (差支えなければ、お教えてください。)

【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。)

( \_\_\_\_\_ )

【今まで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 高脂血症 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」とお答えの方のみ、右に○印をおつけください。(・注射で ・薬で) →薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

【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？】 ※お薬によって下痢や胃腸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)

【あなたの受診可能な曜日を教えてください。】

・平日    ・土日のみ    ・基本的には土日だが、週によっては平日可    ・その他 ( \_\_\_\_\_ ) 曜日

【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。】

続いて次のページのご記入ください。

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