

問 診 票（一般患者様用）

お名前 ふ り が な	固定電話	年齢	性別 男 女
	携帯電話		

1. どのような症状があつて受診されましたか。あてはまるものにまるをつけてください。

耳 聞こえにくい（ 左 、 右 ） 耳鳴り （ 左 、 右 ）
 耳が痛い （ 左 、 右 ） 耳がつまる感じ（ 左 、 右 ）
 耳だれ （ 左 、 右 ） 耳がかゆい （ 左 、 右 ）
 鼻 鼻づまり 鼻水 くしゃみ ほほの痛み においがわかりにくい
 鼻の中が痛い 鼻の中がかゆい 鼻血 （ 左 、 右 ）
 口・のど のどが痛い のみこみにくい 声がかすれる のどの違和感が続く
 舌が痛い 口の中が痛い 口が乾く 味がおかしい
 できものができている

頸部（くび） くびがはれている くびが痛い

ほかの症状 発熱 頭痛 せき たん めまい 眼のかゆみ

これ以外の症状があれば記入してください。

（ ）

これまでに以下の病気になったことがありますか。

高血圧 糖尿病 がん 気管支喘息 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 結核 肝炎 緑内障
 高コレステロール血症 新型コロナウイルス感染症

この他に何か大きな病気をされたことがありますか。あれば記入してください。

（ ）

2. これまで注射やくすりをのんで気分が悪くなったり、じんましんがでたり調子が悪くなったことはありませんか。 （ あ り な し ）

3. 現在使用されているくすりがわかりましたら以下に記入してください。

（ ）

4. お酒を飲まれますか。（ はい、 いいえ ） タバコを吸われますか。（ はい、 いいえ ）

5. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中である。または妊娠の可能性はありませんか

（ あ り な し ）

6. 女性の方にお聞きします。現在授乳中ではないですか。

（ 授乳中 な し ）

7. 当院をどのようにお知りになりましたか。

家族・知人の紹介 電話帳 ホームページ 看板（医院の下、駅） 以前受診したことあり
 他院からの紹介