

どい耳鼻咽喉科 問診票

記載日： 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大 昭 平 令	年 月 日 才 (才 ヶ月)
名前				
ご住所〒		電話番号 () 携帯電話 ()		
(熱がある場合) 体温	℃	(お子様の場合必ず記入してください) 体重		kg

●当院をどちらでお知りになりましたか？当てはまるものに○をつけてください。

・ロコミ ・インターネット (ホームページ ・他 ()) ・ご近所
・他の医療機関からの紹介 (医院・病院) ・他 ()

●今いちばんお困りの症状は何ですか？

●お困りの症状を○で囲んでください。 ほかに相談したい内容は△をつけてください。

耳 右 ・ 左	痛い、かゆい、耳だれ、耳垢、聞こえにくい、ふさがった感じ、ひびく 耳鳴り、めまい、他 ()
鼻	痛い、くしゃみ、鼻水 (水っぽい、ねばねば、色のついた)、鼻づまり 鼻水がのどに落ちる、鼻血、においがしない、他 ()
口 ・ のど 舌 ・ 首	痛い、せき、たん、声がれ、のどがつまる感じ、食事が通りにくい いびき、開きにくい、乾く、味がわからない、腫れた、他 ()
その他	発熱、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、他 () がんが心配、アレルギーの検査がしたい、甲状腺の検査がしたい

●その症状はいつからですか？ 続いている ・ 繰り返す

●その症状で他の医療機関に相談したことがありますか？ なし ・ あり ()

●薬剤・食物アレルギー なし ・ あり (鎮痛薬・卵・牛乳・)

●局所麻酔アレルギー なし ・ あり (具体的な例)

●妊娠 なし ・ あり (カ月) ●授乳 なし ・ あり

●他の病気 なし ・ あり (熱性けいれん・緑内障・高血圧・心疾患・糖尿病・腎疾患・
他 ())

●内服薬 なし ・ あり ()

●お薬手帳 なし ・ あり

※お薬手帳がございましたら、この問診票とともに受付にお出しください。

●どのような診療をお望みですか？

- ・十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
- ・とりあえず、当面の症状を抑えてほしい
- ・その他 ()

●診療明細書 (診療内容や点数が記載された明細書) を発行しますか？ 要 ・ 不要

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。

