

ID:

問 診 票

令和 年 月 日

フリカテ		男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	日生 歳
氏 名		様						
住 所	(〒 -)							
電話番号	-	-	体重 (18歳未満)	体温 (°C)				
携帯番号	-	-	Kg					

質問①診察の参考にいたしますので、あてはまる症状に○を付けてください。

みみ (いつ頃から) (右 ・ 左 ・ 両方)
 ①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り
 ⑥つまった感じ ⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が大きく聞こえる
 ⑩その他 ()

はな (いつ頃から) (右 ・ 左 ・ 両方)
 ①つまる ②はなみず (黄色・透明) ③くしゃみ ④鼻出血 ⑤痛い
 ⑥かゆい ⑦鼻水がのどにおちる ⑧ニオイが分かりにくい
 ⑨異物が入った ⑩花粉症 ⑪目がかゆい
 ⑫その他 ()

のど・口 (いつ頃から) ()
 ①痛い (のど・口の中・舌) ②痰がでる ③息苦しい ④声がかれる
 ⑤せきが出る (夜間は眠れますか: はい・いいえ) ⑥飲み込みにくい
 ⑦のどに違和感 ⑧のどに異物がつまった ⑨味がわかりにくい
 ⑩魚の骨が刺さった (魚の種類:)
 ⑪その他 ()

くび・顔 (いつ頃から) ()
 ①首にはれものがある ②ほほが痛い ③ほほがはれている
 ④首の下がはれている ⑤あごの下がはれている ⑥顔面のゆがみ
 ⑦その他 ()

めまい (いつ頃から) ()
 ①ぐるぐる目がまわる ②フワフワふらつく ③クラツとする
 ④めまいほどのくらい続きますか? (分 / 時間 / おさまらない)
 ⑤その他 ()

その他 ()

質問②次の事項についてご記入いただくか、あてはまる項目に○をつけてください。

*今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか?
 ある (糖尿病・緑内障・前立腺肥大症・喘息・高血圧症・心臓病・その他 ())
 ない

*現在お薬を飲んでいますか? [お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。]
 はい (薬の名前:)
 いいえ

*今までにお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんま疹が出たことがありますか?
 ある (薬の名前や食べ物の種類:)
 いいえ

*たばこは吸われますか? \ 吸う (本 / 日, 年間) ・ 吸わない

*アルコールは飲まれますか? 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない

*女性の方へ { 現在妊娠されていますか? はい (妊娠 ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
 授乳中ですか? はい ・ いいえ