

# 問 診 票

氏名 : \_\_\_\_\_ 性別 : 男 ・ 女 身長 \_\_\_\_\_ cm  
生年月日 : 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年(西暦 \_\_\_\_\_ 年) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳) 体重 \_\_\_\_\_ kg  
住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

1. 本日はどうされましたか？ (○で囲んでください) 発熱がある方→ \_\_\_\_\_ °C

耳 : (右・左・両側) 耳だれ 痛い かゆい 耳垢 聞こえにくい つまり感 耳鳴り

鼻 : 鼻づまり 鼻汁 くしゃみ 鼻汁がのどに流れる 鼻出血 においがしない  
においがする 痛い かゆい

口・のど : 痛い 咳 痰 声がかれる 口が乾く 味の違和感 舌・頬・歯茎の症状  
飲み込みの違和感 痰に血が混じる いびき

めまい : めまいの性状 (ぐるぐる、ふわふわ、目の前が暗くなる)  
めまいの経過 (おさまるが再びめまいを繰り返す、めまいが続く)  
1回あたりの持続時間 (数秒～数分、数十分～数時間、それ以上持続)

頭・顔・首 : しこりを触れる 痛い 顔の動きがおかしい

その他 \_\_\_\_\_

2. 上記の症状について

1) いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

2) 他の病院で診察や治療を受けられた事がありますか？ ない ・ ある  
→治療・検査内容など \_\_\_\_\_

3. 下記にあてはまる方はご記入ください

1) 通院中の病気 \_\_\_\_\_

2) 過去の手術・入院 \_\_\_\_\_

3) 内服中の薬の名前 (お薬手帳がある方は診察前にご準備ください)  
\_\_\_\_\_

4) 薬や注射で具合が悪くなった事がある方は薬品名、症状等をご記入ください  
\_\_\_\_\_

5) 現在、妊娠中または妊娠の可能性のある方 →妊娠 \_\_\_\_\_ 週

6) お酒を飲まれる方 →時々飲む・ほぼ毎日飲む 種類 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ml/日

7) タバコを吸うあるいは吸っていた方 →現在 \_\_\_\_\_ 本/日 ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳、 \_\_\_\_\_ 本/日)