問　　診　　票　　　　平成　　 年　　 月　 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日　明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　　　　（　　　　　）歳　 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所 | （〒　　　　－　　　　　　　） |
| 電話番号 | 固定（　　　　-　　　　-　　　　）携帯（　　　　-　　　　-　　　　）　 | １５歳以下の方体重（　 　　kg） | 体温（　　　　　℃） |

1．本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目の部位、症状に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 耳（右・左・両側） | ・痛い　・耳だれ　・聞こえが悪い　・耳鳴り　・かゆい　・耳あか・耳がふさがった感じ　・耳がつまった感じ　・自分の声が響く |
| 鼻（右・左・両側） | ・鼻水（黄色・白色・水鼻）　・鼻づまり　・くしゃみ　・鼻血　・においが分かりにくい　・鼻がくさい　・鼻がのどにたれる　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 口 | ・痛い　・口内炎　・口の荒れ　・味がしない　・口が渇く　・息がくさい　 |
| のど | ・痛い　・飲み込むときに痛い　・声がかすれる　・異物感（違和感）がある・咳が出る　・痰が出る　・痰に血が混じる |
| くび・顔 | ・腫れ物ができた　・耳の下が腫れた　・あごの下が腫れた・頬が痛い　・頬が腫れた　・顔がゆがんだ |
| めまい | ・ぐるぐる回る　・体がふわふわ浮いた感じがする　・立ちくらみがする |
| その他 | ・発熱　・いびき　・無呼吸　・ガンが心配　・異物（ 耳 ・ 鼻 ・ のど）・禁煙治療を希望　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２－１．症状はいつからですか。

（ ）

２－２．以前に同じようなことがありましたか。

　　ない　・　ある　（それはいつ頃ですか： ）

２－３．今までどちらかで治療を受けましたか。

受けない　・　受けた　（いつ頃：　　　　　　　　　　　病院名： ）

３．今までにかかった病気（継続治療中の病気）があれば○をつけてください。

　　ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎）・糖尿病・胃十二指腸潰瘍

前立腺肥大・緑内障・脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・悪性腫瘍（　　　　）

その他（ ）

４．今現在、定期受診や投薬を受けていますか？

いいえ ・ はい （病名： ）

（病院名： ）

５．薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある　 →　 ある方は具体的にご記入ください。（いつ、薬剤の種類、症状など）

（ ）

６．薬、食物にアレルギーなどありますか？

ない ・ ある　 → 　ある方は具体的に記入してください。（いつ、薬剤・食物の種類、症状など）

（ ）

７．たばこを吸いますか？　　 いいえ ・ はい（１日 　　本　、喫煙歴 　　年）

８．飲酒の習慣はありますか？ いいえ ・ はい（毎日・週　 日位、飲酒量： 　　、飲酒歴： 　 年）

９．女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい（現在 　週（　　カ月））

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

１０．来院されたきっかけは何ですか？

知人からのご紹介・家族からのご紹介・医療機関からの紹介・ホームページを見て・通り道で

パンフレットをみて・チラシをみて・電柱看板をみて・近いから

記入が終わりましたら、受付にお渡しください。

お薬手帳がございましたらお出しください。