



# 問診票 大鹿耳鼻咽喉科

診療・処方のための大変重要な情報となります。ご協力ください。

フリガナ お名前  男 生年 大・平 年 月 日 ( 才 )  
 女 月日 昭・令

電話  -  -

住所 〒  -  -

体重  kg (薬の量に影響しますので必ずご記入ください)

記入日 年 月 日

1. 平熱 ( ) °C 今日体温 ( ) °C ←いつごろ計測されましたか ( 本日 時 分ごろ )
2. 今回 診察を希望する症状を○で囲んでください

いずれかに○を 右耳・左耳・両耳	・痛み ・耳だれ ・かゆみ ・耳垢 ・聞こえにくい ・耳鳴り ・つまった感じがする ・めまい → 別紙の記載もお願いします ・その他 ( )
鼻	・くしゃみ ・水のような鼻水 ・ネバネバな鼻水 ・鼻づまり ・鼻血 ・いやな臭いがする ・臭いがわからない ・その他 ( )
のど	・痛み ・せき ・たん ・声がれ ・つまった感じ ・異物感 ・飲み込みにくい ・くちが乾く ・口内炎 ・味がわからない ・その他 ( )

上記以外の症状があればご記入ください ( )

3. 今回具合が悪くなったのはいつからですか? ( ) ごろから
4. 処方されると困る薬があれば○で囲んでください  
・漢方 ・粉 ・錠剤 ・カプセル ・水薬
5. 今まで薬の服用や注射で異常がでたことがありますか? ( いいえ ・ はい )
6. 質問5で「はい」と答えられた方に質問です。その時の薬名・起きた症状についてわかる範囲でお教えてください  
薬名 \_\_\_\_\_ 起きた症状 \_\_\_\_\_
7. 眠気を感じる可能性がある薬の処方について ( 運転等をするため望まない ・ 適する薬ならかまわない )
8. アレルギー性鼻炎 (花粉症など) がある方はアレルギー (鼻炎の原因) をご存じでしたらお書きください  
( )
9. アレルギーは血液検査で調べることができますが、希望されますか? ( 希望しない ・ 希望する ・ わからない )
10. 現在 他の医療機関で治療を受けている方は  
◎病名を教えてください。  
・高血圧 ・喘息 ・糖尿病 ・緑内障 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・低血圧 ・貧血  
・その他 ( )  
◎処方を受けている薬がある方は お薬手帳を 受付にご提示ください。  
手帳の無い方は薬の名前をお書きください。  
飲んでいる薬 ( )
11. 今までに手術や大きい病気を経験された方はご記入ください  
いつごろ \_\_\_\_\_ 病名と手術や治療の内容 \_\_\_\_\_
12. 女性の方に質問します。  
現在 妊娠中ですか? ( いいえ ・ はい 週 )  
現在 授乳中ですか? ( いいえ ・ はい カ月目 )
13. 診療に関してご希望があればお書きください