



# 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・女	生年 月日	大・平 昭・令	年	月	日(才)
住所 〒	電話 ( )		携帯 ( )		-	
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

- 平熱 ( )℃ 今日の体温 ( )℃ ←いつごろ計測されましたか ( 本日 時 分ごろ )
- 耳について 今ある症状を○で囲んでください 症状があるのは ・右耳 ・左耳  
・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 ( )
- 鼻について 今ある症状を○で囲んでください  
・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 \*ネム可  
・臭いがわからない ・その他 ( ) ネム無
- 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 良  
( )
- 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 )
- のど・くちについて 今ある症状を○で囲んでください  
・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 ・味がわからない  
・口内炎 ・その他 ( )
- 上記以外の症状があればご記入ください
- 今回具合が悪くなったのはいつからですか？ ( ) ごろから
- 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 ・低血圧 ・貧血 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・緑内障 ・糖尿病 ・喘息 )  
・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 ( )
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 )
- 質問11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 \_\_\_\_\_
- 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 )
- 当院では漢方薬の処方もおこなっておりますが、希望されますか？ ( 希望する ・ 飲めない ・ わからない )
- 診療に関してご希望があればお書きください
- 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 )