

年 月 日

問 診 票

ID

ふりがな

大・昭
平・令

年 月 日 生まれ (年齢 歳)

名 前 (男・女)

15歳以下のお子様 (体重 Kg)

住 所 〒

電話 ()

携帯 ()

受診する科： 耳鼻いんこう科 小児科 皮ふ科

★一番つらい症状に ◎ をつけて下さい★

耳
鼻
い
ん
こ
う
科

いつから：()日前 ()カ月前 ()年前
 発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温： _____℃
 右耳・左耳・両耳 ふさがった感じ 聞こえが悪い 耳鳴り
 耳そうじ 耳だれ 耳が痛い ピアストラブル
 鼻水(透明・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻がかゆい
 目がかゆい 鼻血(右・左) 鼻水がのどに落ちる
 鼻や顔が痛い においがわからない **花粉症下欄をご記入下さい↓**
 せき たん のどが痛い のどの違和感 声がれ 膿栓(のうせん)
 味がわからない 魚の骨が刺さった(何の骨： _____)
 のどの内視鏡検査をしたい いびき・睡眠時無呼吸 めまい
 その他(_____)

小
児
科

発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温： _____℃

いつから、どんな症状か、詳しくご記入ください。

食事/授乳は (普段通り・半分くらい・全然取れない)

水分は (普段通り・半分くらい・全然取れない)

おしっこは (普段通り・少ない・半日以上出ない)

保育園や幼稚園には

通っていない / 通っている (園名： _____)

花
粉
症
・
ア
レ
ル
ギ
ー

・お薬の希望はありますか？

飲み薬：希望する / 希望しない

⇒ 【錠剤 / 粉】 () 日分・30日分・60日分

鼻スプレー：希望する () 本 / 希望しない

※1本で薬2週間分です

目薬：希望する () 本 / 希望しない

・コンタクトレンズを使っていますか？

いいえ / はい……【1Day・2Week・それ以上】

・車、バイク、原付の運転をしますか？【いいえ / はい】

アレルギー検査：希望する / 希望しない

耳鼻科希望 / 何科でも良い (処方する薬は共通です)

・今飲んでいる・使っている薬はありますか？

いいえ / はい (名前： _____)

・薬、注射、麻酔などで体に異常がでたことはありますか？

いいえ / はい (薬名： _____ 症状： _____)

・周囲に病気の方はいましたか？

いいえ / はい (どなた： _____ 病名： _____)

・今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ / はい (いつ： _____ 病院名： _____)

・今までにかかった病気などがありますか？

花粉症 アレルギー性鼻炎 緑内障 前立腺肥大

ぜんそく 熱性けいれん 川崎病 てんかん アトピー

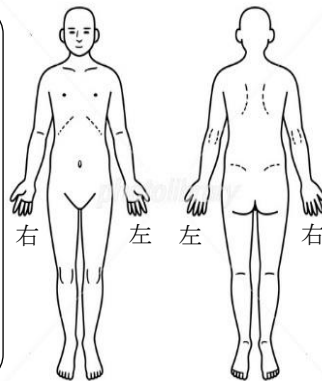
その他 (_____)

食物アレルギー (_____)

手術歴 (いつ： _____ 手術名： _____)

皮
ふ
科

いつから、どこに、どんな症状ですか？



・女性の方への質問です。現在、妊娠・授乳中ですか？

いいえ 妊活中 妊娠の可能性あり 妊娠中 (予定日： 年 月 日) 授乳中 (カ月目)

・ご希望はありますか？

※1…保険診療と同じ日には行えません。ご了承下さい ※2,3…スギは12歳～、ダニは5歳～可能です

アレルギー検査希望 鼻レーザー治療 (希望する・興味あり) 美容・疲労回復注射*1 (希望する・興味あり)

舌下免疫療法 (スギ*2・ダニ*3) (希望する・興味あり) ※耳鼻科受診で漢方希望の方はスタッフまでお申し付けください。

◆ お薬手帳をお持ちの方は、受付スタッフにお渡し下さい ◆ web