

年 月 日

# 問 診 票

ID

ふりがな

名 前

(男・女)

住 所 〒

—

大・昭

平・令

年 月 日生まれ (年齢 歳)

15歳以下のお子様 (体重 Kg)

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

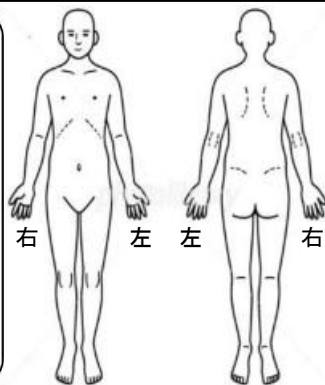
いつから：( )日前 ( )カ月前 ( )年前  
 発熱 ⇒ 熱計表をご記入下さい / 現在の体温：\_\_\_\_\_℃  
 右耳・左耳・両耳 ふさがった感じ 聞こえが悪い 耳鳴り  
 耳そうじ 耳だれ 耳が痛い ピアストラブル  
 鼻水(透明・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻がかゆい  
 目がかゆい 鼻血(右・左) 鼻水がのどに落ちる  
 鼻や顔が痛い においがわからない **花粉症下欄をご記入下さい!**  
 せき たん のどが痛い のどの違和感 声がれ 膿栓(のうせん)  
 味がわからない 魚の骨が刺さった(何の骨： )  
 のどの内視鏡検査をしたい いびき・睡眠時無呼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

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)

皮  
ふ  
科

いつから、どこに、どんな症状ですか?



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： )

・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： )

・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( 月 日)

・ご希望はありますか?

★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。

アレルギー検査 ( 希望する )

鼻レーザー治療 ( 希望する・興味あり )

舌下免疫療法 ( 希望する・興味あり )

※舌下免疫療法は…5歳から治療可能です。スギ・ダニに限ります。

◆お薬手帳をお持ちの方はスタッフにお渡しください◆