

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな				大正	昭和	平成	令和		
氏名		男女	生年月日	年	月	日	() 歳		
住所	〒								
電話	()	-	携帯電話	()	-				

- (1) どの具合が悪くて来られましたか。○印を付けて下さい。
 耳(左・右・両方) 鼻 のど くち めまい
 その他 ()
- (2) どんな症状ですか。
 ()
- (3) その症状はいつ頃からですか。
 ()
- (4) 今まで、お薬で気分が悪くなったり、発疹(じんましん)が出たり、ショックなどを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)
 “はい”の方は、どんなお薬でしたか。()
- (5) 今まで、かかったことのある病気に○印をつけて下さい。
 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜん息 呼吸器疾患 胃腸病
 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺肥大 アトピー
 その他 ()
- (6) 現在、治療中の病気がありますか。(はい ・ いいえ)
 “はい”の方は、どのような病気でしょうか。
 ()
- (7) 現在、飲んでいるお薬がありますか。(はい ・ いいえ)
 “はい”の方は、お薬の名前を書いて下さい。
 ()
- (8) 15歳以下の方のみお答え下さい。 体重 () kg
- (9) 未就学児の方のみ、○印を付けて下さい。(保育園児 ・ 幼稚園児 ・ どちらでもない)
- (10) 女性の方のみお答え下さい。
 ・ 現在、妊娠をしていますか。(はい カ月 ・ いいえ ・ わからない)
 ・ 現在、授乳をしていますか。(はい ・ いいえ)
- (11) 当院をどのようにして、お知りになりましたか。○印をつけて下さい。
 ①知人からの紹介 ②ホームページ ③通りがかり ④ビル屋上の看板 ⑤道路の看板
 ⑥電話帳 ⑦家族からの紹介 ⑧他の医院からの紹介 ⑨その他 ()
- (12) 当院までの交通手段について、○印をつけて下さい。
 ①徒歩 ②自転車 ③バイク ④電車 ⑤バス ⑥車 ⑦その他 ()
- (13) 当院にどのような治療を希望しますか？○印をつけて下さい。
 ① 必要最低限の治療を希望する ③ 期間はかかってもよいから、しっかりと治したい
 ② しっかり検査をして自分の体の状態を知りたい ④ 医師に治療スタンスは任せる
- (14) 今までの耳鼻科治療において、疑問点・不安点・不満な点があればお聞かせください。