

# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな			生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	( ) 歳
氏名		男女				
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。○印を付けて下さい。  
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、○印を付けて下さい。  
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?○印を付けて下さい。  
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。