

# 初診問診票

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	
住所	〒				
自宅電話		発熱			°C
携帯電話		体重			kg

何の症状が一番お困りですか？もっとも当てはまるものに **○印** をつけて下さい。

【耳】左 ・ 右 ・ 両

かゆい 痛い 腫れている 耳垢が気になる 耳漏れ 耳鳴り つまっている 聞こえづらい  
補聴器の相談をしたい その他( )

【鼻】左 ・ 右 ・ 両

くしゃみ 水っぽい鼻水 黄色い鼻水 鼻づまり 鼻血 においが変 におわない  
鼻や頬が痛い 腫れている その他( )

【のど】

痛い 咳 痰 声のかすれ いがいがする 飲み込みにくい 味が変 味がしない  
口の中や舌が痛い 口が開かない・しゃべりづらい いびき その他( )

【あご くび 顔】

腫れている しこりがある 何か違和感がある 顔が動きづらい その他( )

【めまい】

ぐるぐるするめまい ふらつくめまい その他( )

上記以外の症状があれば下の欄にお書き下さい。

それはいつ頃からですか？

今日 ( ) 日前 ( ) 週前 それ以前( ) 季節の変わり目 不明

今までに、または今かかっている病気はあれば **○印** をつけて下さい。

高血圧 不整脈 心臓が悪い(手術後 ペースメーカー 血をサラサラにする薬を飲んでいる)  
糖尿病 喘息 肝臓が悪い 腎臓が悪い その他( )

今まで薬・食べ物で具合が悪くなった、副作用が出たことがあれば教えて下さい。

薬・食べ物( ) 症状( )

今日いらした症状は、他の病院で相談されたことはありますか？

いいえ・はい( )

たばこは吸いますか？

いいえ・はい・禁煙中 1日 \_\_\_\_\_ 本( 歳から 歳まで)

お酒は飲みますか？

いいえ・はい・禁酒中 1日 \_\_\_\_\_ 合( 歳から 歳まで)

当てはまる方は **○印** をつけて下さい。

錠剤で欲しい ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である(妊娠 ヶ月) ・ 授乳中である

もし差支えなければ教えて下さい。当院を受診したきっかけは何でしょうか？

通りがかり インターネット 看板 知人の勧め その他( )