

# 問 診 票

ID  男・女 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 才)  
ふりがな  あるいは西暦 年

氏名  体重  kg

〒  電話番号 (必須)

住所

1.どのような症状でお困りですか？当てはまるところを囲ってください。

耳 (右、左、両) 耳あか、耳垂れ、かゆい、痛い、音が響く  
聞こえにくい、耳鳴り、つまった感じ

鼻 (右、左、両) 鼻汁 (水様、黄色)、鼻づまり、痛い、鼻血  
くしゃみ、嗅覚障害、できもの

のど・舌 痛い、声がれ、せき、たん、違和感、味覚障害  
乾く、いびき、口内炎、魚骨などの異物

その他の症状：

その他：アレルギー検査希望、レーザー手術希望、補聴器の相談

2.いつから症状がありますか？ ( から)

3. 同じ症状で他院を受診されてますか？ (はい、いいえ)

4. 何か病気はありますか？ (はい、いいえ)

糖尿病、高血圧、心臓病、高脂血症、喘息、脳梗塞、胃潰瘍、精神・神経疾患  
肝臓病、腎臓病、その他 ( )

5. お薬を服用してますか？ (はい、いいえ) **お薬手帳があれば提出してください**

6. 薬を飲んで具合が悪くなったことがあれば、薬の名前を書いてください。

(薬名 副作用の症状 )

7. 男性の方：前立腺肥大や尿が出にくい症状ありますか？ (はい、いいえ)

8. 女性の方：妊娠中ですか？ (はい 現在 か月、いいえ、可能性あり)

授乳中ですか？ (はい、いいえ)

9. 喫煙されてますか？ (はい、いいえ、 年前まで吸っていた)

10. 当院をなにで知りましたか？

地下鉄広告、オントナ、ホームドクター、ネット検索、口コミ、ご家族から、  
ホームページ、当院を見て、自宅が近い、職場が近い、その他 ( )

**ご記入が終わりましたら、受付にお渡しください。**