

問診表

		時 分 受付	
ふりがな			
お名前			男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	
ご住所	〒□□□ □□□□		
	お電話		
どうなさいましたか？ 【鼻】 花粉症 鼻づまり 鼻汁がでる くしゃみ かゆい においがしない 鼻汁がのどに流れる 鼻がくさい 痛い 鼻血 その他()		【耳】 左・右・両方 痛い、かゆい 耳だれ 聞こえにくい つまった感じ 自分の声がひびく 耳なり	
【口・のど】 痛い、せき、たん 口内が乾く いびきをかく タンに血が混ざる 味覚がおかしい 声がかれる つまった感じ ものがうまく飲み込めない いがらっぽい 舌があれ 息苦しい			
【その他】めまい ピアス 頭痛 顔のはれ 首が痛い 首のはれ 目がかゆい 肩こり その他()			
いつ頃からですか？			
熱はありますか？	ある(°C) ・ ない ・ わからない		
耳鼻科に通院されたことはありますか？	ある ・ ない		
ご希望の治療がありますか？	特になし レーザー治療 赤外線によるめまい診断		
現在、他の病気で通院していますか？	していない 症状または病名は？ () している 服用している薬は？ ()		
今までにどんな病気をしましたか？	ない ある じんましん ぜんそく その他アレルギー疾患 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 結核 白血病 けいれん その他()		
今までに薬を飲んで異常が起きたことがありますか？	ない ある どのような薬ですか？ ()		
タバコを吸いますか？	いいえ はい(本/日 年間)		
当クリニックを何でお知りになりましたか？	ご紹介 チラシ インターネット 知人 看板 バス案内		