ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券をお持ちの方 　　　　 小学生以下の方

奏の杜耳鼻咽喉科クリニック問診票

氏名：　　　　　　　　　　　　　　診察券番号：　　　　　　　　　　体重　　　　　kg

【スタッフ記入欄　めまい：あり・なし】

◇ 本日はどうされましたか？（一番お困りの症状を具体的に御記入ください。）

◇ 具合の悪いところを御記入ください。

➢いつからですか？　　　　日前　・　　　週間前　・　　か月前　・　　年前 ・ 不明

➢熱はありますか？　　　なし　・　あり　（　　　　　℃）　・わからない

➢痛みはありますか？　　なし　・　あり　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

➢咳はありますか？　　　なし　・ あり　（　痰がらみの咳　・　空咳　）

➢鼻水はありますか？　　なし ・　あり　（　透明　・　やや黄色い　・　黄色い　）

➢痰はありますか？　　　なし ・　あり　（　透明　・　やや黄色い　・　黄色い　）

➢鼻づまりはありますか？　　なし　・　あり

➢耳の症状はありますか？　 なし　・　あり　（　右側　・　左側　・　両側　）

耳の症状があるとお答えした患者様へ

➢どんな症状ですか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

➢それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？

　　　いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

◆ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり 　※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい。

　　月　　日より内服、 　日間処方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◇ 薬の内容、剤型について　　・痛み止め希望　　・うがい薬希望　　 ・トローチ希望

　　　　　　　小児の患者様へ：　・錠剤希望(7才以上） ・粉薬希望 　・シロップ希望

◇ どのような診療をお望みですか?

　・十分な検査を希望 ・とりあえず症状を抑えたい ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

【ここから下は、初診の方・変更がある方のみご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

**なし**　アレルギー性鼻炎　緑内障　前立腺肥大　高血圧　 糖尿病　 喘息　けいれん　　脳梗塞　 脳出血　心臓疾患(病名:　　 　　　　　) 心療内科の病気(病名:　　　 　　　)

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

**なし**　 　あり （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◇ 薬にアレルギーはありますか？

**なし**　 　あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◇ 女性の方は、妊娠の可能性、授乳の有無についてお答えください。

妊娠の可能性 ： なし 　あり （ 妊娠　　　 週 、出産予定日　　　年　　　月　　　日）

授乳　　　　 : なし　　あり

　当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

※お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら、問診票入れにお入れ下さいませ。