

奏の杜耳鼻咽喉科クリニック問診票

希望の医師に○をお願いします

院長 ・ 2 診医師 ・ どの医師でも可
※「どの医師でも可」ですと待ち時間が少ない医師でご案内します

ふりがな

診察券をお持ちの方

小学生以下の方

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 (_____ °C) ・ 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

※ご記入ありがとうございました。受付時にお渡し下さいませ。

DL用