

(ID:)

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男 女	明 大 昭 平 令		体重(10才以下) kg
お名前			年 月 日生(歳)		
ご住所 〒 —			連絡先①	(父 / 母 / その他)	
			連絡先②	(父 / 母 / その他)	

※希望の剤形/回数に○を付けてください。 シロップ / 粉 / 錠剤 (2回 / 3回)	※薬剤アレルギー: なし / あり あり→ ()
※現在、妊娠していますか? いいえ ・ 妊活中 ・ はい → (週目) / 授乳中 (ヶ月)	

①どのような症状がありますか?○を付けてください。

耳	鼻	のど	その他
いつから:	いつから:	いつから:	いつから:
<ul style="list-style-type: none"> ・耳そうじ (右 左 両) ・耳痛 (右 左 両) ・耳がかゆい (右 左 両) ・耳だれ (右 左 両) ・聞こえにくい (右 左 両) ・耳鳴り (右 左 両) ・耳がつまった感じ (右 左 両) ・自声/他声の響き (右 左 両) 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・鼻がくさい ・鼻が痛い ・鼻血 (右 ・ 左) ・味やにおいがしない ・アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・のどの違和感 ・声がかれる/ 声が出しにくい ・咳・たん ・息が苦しい ・口臭がする ・嚥下障害 ・声帯の相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・めまい ・顔面神経麻痺 ・発熱 ・頭痛 ・顔や首の腫れ ・首が痛い ・学校検診/人間ドックで指摘を受けた

その他、気になることがあればご記入ください。例) 他の病院で診てもらったが、当院でも詳しく診てほしい。など

②現在、治療中の病名があれば教えてください。 <特になし>

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳梗塞 ・ぜんそく ・逆流性食道炎 ・緑内障 ・前立腺肥大/過活動性膀胱
 ・肝炎 ・腎臓病 ・リウマチ/膠原病 ・その他 ()

③今までにかかった耳鼻咽喉科の病気で治療及び手術はありますか? <特になし>

治療: ()
 手術: ()

④現在、飲んでいるお薬はありますか? ※お薬手帳をご提示の方は記入は不要です。

いいえ / はい →お薬の名前 ()

⑤飛行機予定やイベントの予定はありますか? 例: 運動会 / 出張 / 歌の発表会 / ダイビング・・・など

いいえ / はい → (いつごろ:)

⑥当院を何で知りましたか?当てはまるものに○を付けてください(複数回答可)

・紹介(家族/知人) 紹介: () ・ブログ/Instagram ・家/職場/学校の近く
 ・その他 ()

※コピーした保険証などの個人情報適切に処理いたします。

～～～他にご質問などございましたら、お気軽にスタッフまでお声かけください～～～