

問診表

受診日 年 月 日

ふりがな
お名前 (男 女) 生年月日(明、大、昭、平) 年 月 日

ご住所

ご連絡先／お電話番号 ご自宅:

お勤め先(緊急時連絡先):

携帯電話:

本日はどのようなことで来院されましたか。あてはまるものに○をつけて、さらに書き足してください。

1. 耳(右 左 両側)が 例: 痛い、聞こえない

2. 鼻が 例: つまる、出る

3. のどが 例: 痛い、声がかれた

4. めまい(ぐるぐる回る ふわふわする) 持続時間(一瞬 数時間 一日中)

耳の症状を含め、めまいを起こすきっかけや姿勢、又めまいと同時にしくは前後して起こる他の症状や
気になることがあればお書き下さい。

きっかけ 例: ふとんから起き上がると天井が回る

他の症状 例: ろれつが回らない、手足がしびれる...

5. その他 口臭 味覚障害 嗅覚障害 頭痛 がんの心配 他

● 以上これらの症状はいつからですか 本日 () 日前 () ヶ月前 から

● 定期健康診断は受けていますか はい(最終 年) いいえ

● 他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください (病院名)
高血圧 心臓(狭心症、不整脈) 糖尿病 高脂血症 肝臓() 腎臓()
脳硬塞や脳梗塞 精神神経科 整形外科 その他()

● 処方されているお薬の名前を教えてください()
もしくは処方内容の記載されたものを診察前にお見せください。

● 過去に入院の必要となった大きな病気または受けた手術があれば教えてください
()

● アレルギーの病気または食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください
喘息 アトピー 蕁麻疹 合わなかった薬の名前と状態() で ()

● 嗜好品 喫煙歴:()本/日×()年間 禁煙した
飲酒歴:()を()ml または()杯()本/日

この問診表は診療を安全に行い、かつ待ち時間を短縮するためのものです。
尚患者様方より頂きましたこれらの情報は、診療行為以外の目的には使用致しませんのでご安心ください。
ご協力ありがとうございました。