

# 初めての方向に（問診表）

ふりがな			男	生年	大昭	正和	年	月	日生
お名前			女	年月日	平令	成和	(満)		歳)
ご住所	〒						体重	kg	
お電話			携帯電話			受診時の熱	℃		

(いつから: )

## 1.どこが悪いのですか？どのように悪いのですか？（○でかこんでください。）

耳（右・左） 痛み 耳だれ かゆみ 耳のつまった感じ 聞こえにくい 耳鳴り  
めまい（グルグル・フワフワ） 耳あか その他（ ）

鼻 くしゃみ 鼻水（水のように/うみのよう） 鼻づまり 鼻出血（右・左）  
鼻がのどに降る 臭いがわからない その他（ ）

のど 痛み せき たん 声がれ つまんだ感じ・異物感・のみ込みにくい  
口がかわく 味がわからない 扁桃腺が腫れる いびき・無呼吸 口内炎  
頭痛 その他（ ）

## 2.いつから悪くなりましたか？（ ）年前から（ ）ヶ月前から（ ）日前から

3.すでに他の医療機関で治療を受けましたか？ いいえ・はい（いつ: 病院: )  
(病名: ) (処方: あり・なし)

4.現在治療中の病気や今までにかかったことのある病気はありますか？ いいえ・はい  
高血圧 心臓病 肝臓病 肝炎（ ）型 腎臓病  
高脂血症 糖尿病 ぜんそく アトピー性皮膚炎  
中耳炎 ちくのう アレルギー性鼻炎（花粉症）  
胃潰瘍 ダウン症 自閉症 前立腺肥大 緑内障  
その他（ ）

⇒アレルギー性鼻炎（花粉症）の方で以前に血液検査で原因を調べた事があれば教えてください。（○して下さい）  
スギ（ ）ヒノキ（ ）カモガヤ（ ）  
ブタクサ（ ）ハウスダスト（ ）  
ダニ（ ）その他（ ）

手術を受けた（いつ: )  
(何の: )  
※アレルギー検査をご希望されますか？（はい・いいえ）

5.現在服用中の薬はありますか？ ない・ある⇒(薬手帳等、お持ちの方は受付にお出しください。)  
( )

6.薬や注射、食べ物で異常があった事がありますか？ ない  
ある(薬剤名: ) (症状: )  
(食べ物: ) (症状: )

7.(女性の方へ)現在妊娠中ですか？ いいえ わかりません はい( )ヶ月)  
授乳中ですか？ いいえ はい( )ヶ月) ↑予定日 月 日

8.たばこを吸いますか？ 吸う 吸わない 以前吸っていた( )年間)  
(一日 本) ( )年前まで(一日 本)

9.(子供さんへ)飲めないタイプの薬はありますか？ ない(何でも飲める)  
錠剤 カプセル 粉薬 シロップ

10.どのような診察をご希望ですか？  
・十分な検査とできるだけ根本的な治療をうけたい。  
・とりあえず当面、症状を抑えてほしい。  
・その他（ ）