

# 問診表

名前 ( ) 年齢 ( 才) 体重 ( kg)  
住所 (〒 )  
電話番号 ( )

## 1. 今日はどういう症状でこられましたか

耳 聞こえにくい (右.左) 耳閉感 (右.左) 耳痛 (右.左)  
耳だれ (右.左) かゆみ (右.左) めまい ふらつき  
耳鳴り(右・左) その他 ( )

鼻 鼻つまり 鼻水 くしゃみ いたみ 鼻血 (右.左)  
その他 ( )

のど いたみ 違和感 飲み込みにくい 咳  
その他 ( )

くび はれ いたみ  
その他 ( )

\*今日は発熱がありましたか はい いいえ ( 度)

## 2. その症状はいつからですか

( )

## 3. 現在、または過去に病気にかかれたことがありますか

いいえ はい

## 4. はいの方に

病名( )

特に下記の病気の方は印をつけてください

心臓病 緑内障 前立腺肥大 (尿が出にくい) 糖尿病

## 5. 現在内服している薬がありますか

いいえ はい (薬名: )

## 6. タバコ、飲酒はされますか。

いいえ はい (たばこ: 1日 本、 アルコール: 1日 杯)

## 7. 薬を飲んでアレルギー症状(湿疹など)が出たことがありますか

いいえ  
はい (薬名 )

## 8. 女性の方に

現在妊娠中、あるいは授乳中ですか。

いいえ はい

## 9. その他ご要望があればお書きください