

問診票

| | | |
|--------------|---------|--------|
| ふりがな | | 幼小児のみ |
| お名前： | (男・女) | 体重： kg |
| 生年月日：明・大・昭・平 | 年 月 日 (| 歳) |
| ご住所：〒 | — | |
| 電話番号： | | |

1. 本日はどのような症状で受診されましたか？（一番困る症状に◎を付けて下さい。）

耳： 聞こえが悪い（右・左・両）、つまった感じがする（右・左・両）、
耳鳴りがする（右・左・両）、めまいがする（ふらふらする・ぐるぐる回る）、
痛い（右・左・両）、耳だれが出る（右・左・両）、耳垢がとれない、
異物が入った（右・左・両）、かゆい（右・左・両）、
その他（ ）

鼻： 花粉症、鼻水がでる（さらさら・ねばねば・黄色）、鼻がつまる、くしゃみ、
鼻血がでる（右・左・両）、鼻が痛い、鼻がかゆい、くさい臭いがする、
頬が痛い（右・左・両）、鼻汁がのどに流れる、においを感じない、歯が痛い、
いびきがひどい、その他（ ）

のど： 痛い、何かある感じがする、咳がでる、痰がからむ、血痰がでる、味覚低下、
声がかすれる、飲み込みにくい、口内炎ができた、舌が痛い、その他

その他： 熱が高い（ ）度）、頭痛、顔が腫れた、頸（くび）が腫れた、
目がかゆい、気分が悪い、吐き気がする、顔が動かない、夜に呼吸が止まる

インフルエンザやプール熱、おたふくかぜなどが疑わしい方はお申し出ください。

2. 上記の症状はいつからですか？

今日から、昨日から、2～3日前から、4～5日前から、1週間前から、
2～3週間前から、数か月前から、その他（ ）ごろから

3. その症状について、既にほかの医療機関で治療を受けましたか？

いいえ、

はい（時期： ）医療機関名： ）

（診断名： ）

