

問診表

年 月 日

〒 ー ー 住所			
電話番号 ー ー			体温 °C
ふりがな			
氏名	身長 cm	体重 kg	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日	性別 男 ・ 女	

- 1) 本日はどこが悪くて来られましたか？「一番」お困りの症状をお書きください。
()
- 2) 上記の 症状はいつ頃からありますか？
()
- 3) その他、下記に該当するものに○をつけて下さい。

耳		鼻	のど・その他	
右・左	耳が痛い	鼻水がよくでる	のどが痛い	頭痛
右・左	耳だれがでる	鼻がつまる	のどがつまる	めまいがする
右・左	聞こえにくい	くしゃみが多い	声が出にくい	
右・左	耳がつまる	臭いがわからない	セキがでる	
右・左	耳鳴りがする	鼻血がでる	タンがからむ	
右・左	耳がかゆい	頭が重い	ものができている	

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ 有 ・ 無

薬剤名又は食品名

- 4) 卵に対するアレルギーがある (はい ・ いいえ)
* はいの方は現在卵を使った料理をたべていますか？ (はい ・ いいえ)
- 5) けいれんの体質がある (はい ・ いいえ)
- 6) 歯科治療の際に気分不良を起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 7) 現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)
- 8) 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
- 9) 今までにかかった大きな病気に○をつけて下さい。
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ アレルギー性鼻炎
心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ その他()
- 10) 現在、医師の治療を受けたり服用中のお薬はありますか？
()