

# 問診表

新川新横浜クリニック

フリガナ  
氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 (明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生) 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_ 携帯: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_

※携帯電話の他に固定電話(ご自宅・ご実家・ご兄弟または勤務先等)の緊急連絡先を必ずご記入下さい。

下記の質問にお答え下さい。あてはまるものに○をつけ、下線部分は書き込んで下さい。

## 1. どこが悪くて来ましたか？又、どんな様子ですか？

- 右耳・左耳 : ・痛い ・聞こえが悪い ・めまい・耳なり・耳だれ・かゆい ・耳をふさがれた感じ ・音がひびく・耳あか
- 鼻 : ・鼻づまり ・鼻汁 ・くしゃみ ・鼻血 ・においがわからない ・痛い ・ほほがはれている
- 口 ・ のど : ・痛い ・声がかすれる ・息が苦しい ・異物感 ・何かできている ・いびき
- その他 : ・頭痛 ・ことばがおそい ・首のはれ ・あごの下のはれ ・いつも口を開いている  
・首が痛い ・せき ・たん ・手術後の検診 ・その他( \_\_\_\_\_ )  
・花粉症の予防など相談 ・レーザー手術 ・紹介状あり ・学校検診 ・熱がある( \_\_\_\_\_ °C)

## 2. いつからですか？

(昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月から , \_\_\_\_\_ 日 ・ ヶ月前から)

## 3. このために他の医療機関などで治療をしていますか？

(している ・ 過去にしていた ・ していない)

## 4. 現在飲まれているお薬はありますか？(お薬手帳や処方箋をお持ちでない方は、お薬の名前をお書き下さい)

ある【お薬手帳あり】／【薬の名前: \_\_\_\_\_ (処方箋等) \_\_\_\_\_ 】 ・ ない

## 5. これまでに、耳・鼻・のどの病気をしたことがありますか？又、そのために手術をしましたか？

ある(病名: \_\_\_\_\_ そのために手術をしたことが( ある ・ ない ) ) ・ ない

## 6. 耳鼻咽喉科以外の大きな病気をしたことがありますか？又、現在その治療をしていますか？

ある(病名: \_\_\_\_\_ 現在その治療をして( いる ・ いない ) ) ・ ない

## 7. 他院で感染症があると言われたことがありますか？ある場合、何と言われましたか？

ある(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・その他( \_\_\_\_\_ )) ・ ない

## 8. 薬のアレルギーがありますか？ある場合、どんな症状ですか？

ある(薬の名前: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ) ・ ない

## 9. タバコを吸いますか？ / 飲酒をしますか？

タバコを 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本位) ・ 吸わない / 飲酒を する (1日にどのくらい: \_\_\_\_\_ ) ・ しない

## 10. あなたの近い血縁者に、結核・がん・難聴・ぜんそくの方がいますか？

いる (本人・親・子・兄弟姉妹・その他血縁者 病名: \_\_\_\_\_ ) ・ いない

## 11. あなたの職場は騒がしいですか？また、特殊な金属や化学物質を扱う所ですか？

該当する場合は記入して下さい( \_\_\_\_\_ )

## 12. (女性の方に)現在、妊娠していますか？ / 授乳中ですか？している場合、お子さんは何ヶ月ですか？

妊娠は : している(妊娠第 \_\_\_\_\_ 週) ・ していない / 授乳中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)