

問診表

新川新横浜クリニック

フリガナ
氏名: _____ 男・女 (大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生) 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

※電話番号は2つ ご協力お願いします。(ご自身の携帯、ご家族の携帯、自宅、実家、勤務先 など)

① (_____) — _____ [_____]
② (_____) — _____ [_____]

【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. 本日の症状を教えてください。

- 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 ・せき ・たん ・声がかすれる ・息が苦しい ・異物感 ・いびき
- その他 ・頭痛 ・首のはれ、痛み ・手術後の検診 ・学校検診 ・紹介状あり
・花粉症 ・レーザー手術 ・舌下免疫療法 熱がある(_____ °C)
その他 (_____)

2. いつからですか？

(_____) から

3. 上記の症状で、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、服まれているお薬はありますか？

ある (お薬手帳あり／薬の名前: _____) ・ ない
(処方箋等)

5. これまでに、大きな病気をしたことがありますか？

ある (病名: _____) そのために手術をしたことが (ある ・ ない) ・ ない
現在もその治療をして (いる ・ いない)

6. 感染症があると言われたことがありますか？

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

7. 薬の副作用がありますか？

ある (薬の名前: _____ 症状: _____) ・ ない

8. タバコを吸いますか？ / 飲酒をしますか？

タバコ 吸う (1日 _____ 本位) ・ 吸わない
飲酒 する (1日にどのくらい: _____) ・ しない

9. 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 (親・子・兄弟姉妹・その他血縁者 病名: _____) ・ いない

10. 【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 (妊娠第 _____ 週) ・ していない / 授乳中 (_____ ヶ月)