問　診　表

氏　　名		性 別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日	血液型	
住　　所	〒		
電話番号	自宅　　携帯		

身 長　　cm	体 重　　kg	体 温　　℃

■今日はどのような症状で来院されましたか？症状にチェックをつけてください。

□耳が痛い　□耳垂れ□耳がかゆい　□耳垢を取ってほしい　□音の聞こえが悪い
□耳がつまる感じがする
□耳鳴りどんな音ですか？⇒(　　)
□くしゃみ　□鼻水がでる　□鼻がつまる　□　匂いがしない　□鼻血　□いびき
□のどが痛い　□異物感がある　□飲み込みにくい　□声がかすれる　□痰がでる
□咳がでる　□息苦しい　□めまいがする　□頭痛　□舌　□定期健診
□その他　(　　)

■いつ頃からその症状がありますか？

■現在治療中の病気はありますか？	ない・ある(　　)
■現在お薬を飲んでいますか？	ない・ある(　　)
薬や食べ物等にアレルギーありますか？	ない・ある(　　)

■女性の方にお尋ねします

・妊娠されていますか？　いいえ・わからない・はい(　　週目)
・授乳中ですか？　いいえ・はい