

# 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ 殿 電話番号 \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

1) どうされました？（当てはまるものに○；複数可）

・ 耳が…（右・左・両側）

痛い / 聞こえない / つまった感じ / 耳鳴り / 耳だれ / かゆい /  
耳垢 / めまい / その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ 鼻が…

くしゃみ / ハナミズ（ミズバナ・アオバナ） / 鼻づまり / 鼻血 /  
鼻のどに降る / アレルギー・花粉症 / ニオイがわからない  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ のどが…

痛い / 飲み込みにくい / 咳 / 声が嘎れた / 違和感・異物感 /  
タンが絡む / その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ その他（自由にお書き下さい）

2) いつからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

3) (当該症状に対して)他院を受診したり、薬を服用しましたか？

はい（具体的に \_\_\_\_\_ ）・ いいえ

4) 既往歴、または現在治療中の病気・服用している薬はありますか？

はい（具体的に \_\_\_\_\_ ）・ いいえ

5) 副作用の出る薬、または薬剤アレルギーはありますか？

はい（具体的に \_\_\_\_\_ ）・ いいえ

6) アレルギー体質（鼻アレルギー・花粉症・喘息など）はありますか？

はい ・ いいえ ・ わからない

7) (女性の方) 妊娠中／授乳中ですか？ \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ