

再診問診票

ID : (記入日：令和 年 月 日)

フリ ガナ		生年	大・昭				
氏	男	月日	平・令	年	月	日	
名	女				(歳)	

(現在の体温 ℃ ・体 重 kg)

・前回ご受診の症状はよくなりましたか？ (はい・いいえ・かわらない)

1) 今回ご受診の症状はいつ頃からですか？

今日から ・ 日前から ・ 週間前から ・ ヶ月前から ・ 年前から

2) お困りの症状は？ (当てはまる症状の全てに○をつけて下さい)

- ・みみ：(右・左・両方) 痛み・耳あか・耳のつまり・耳のかゆみ・耳だれ・聞こえにくさ・耳鳴り
- ・はな：鼻づまり・鼻水(さらさら・ねばねば)・くしゃみ・ムズムズする・においがわからない
鼻血：(右・左・両方) (止まるまでの時間 約 分)
- ・のど：のどの痛み・のどのつまり・のどのはれ・せき・たん・声のかれ・味がわかりにくい
- ・発熱：いつから () 何℃くらい ()
- ・その他：頭痛・めまい・首のはれ・いびき・無呼吸・禁煙希望
- ・それ以外 ()

3) 診察で特にご要望がありますか？

- ・おくすりのみ・処置のみ(吸入・点滴・耳掃除)・検査のみ・セカンドオピニオン
- ・アレルギー性鼻炎(花粉症)手術・睡眠時無呼吸検査・補聴器作成・禁煙治療
- ・それ以外 ()

4) 今医師の治療を受けたり、飲んでいる薬がありますか？

はい・いいえ あれば具体的にお書きください ()

5) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったりじんましがでたり、あわなかつた事がありますか。

はい・いいえ その時のお薬の名前(不明・)

6) 局所麻酔薬(歯の治療、傷を縫った時など)でアレルギーがでたことがありますか？

はい・いいえ・麻酔薬を使ったことがない

7) 今までに次の病気にかかったことがありますか？

ぜんそく・アトピー・心臓病・高血圧・糖尿病・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・緑内障・結核・がん ()

その他 ()

8) ※女性の方へ 下記2設問に○をお願いします

- ・今 妊娠している、または その可能性はありますか？ はい・いいえ (週目)
- ・今 授乳中ですか？ はい・いいえ

ご記入ありがとうございました