

体温: _____ °C

【問診票】

ID: _____

ふりがな

氏名: _____

性別: 男性・女性

電話番号: (_____)

住所: 〒 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

体重: _____ kg

《診察を希望する部位に記入して下さい》

■鼻・のど症状の方はこちらに記入(いつから ~・1年中)

発熱(_____ °C) 頭痛 関節痛 倦怠感 味がしない においがしない
鼻水(透明・黄緑色) 鼻づまり くしゃみ のどの痛み のどのイガイガ
鼻がのどにおちる たん 咳(コンコン・ゴホゴホ) 目のかゆみ 鼻がかゆい 頬が痛い
その他(_____)

アレルギーと診断された
ことはありますか? (いいえ)・(はい) → ダニ ・ ハウスダスト ・ スギ ヒノキ
イネ科 ・ 動物 ・ その他(_____)

希望される検査や治療
はありますか? ・アレルギー検査(花粉症 ・ 食物アレルギー)
・舌下免疫療法 ・ レーザー治療 ・ その他(_____)

■みみ症状の方はこちらに記入(いつから ~・1年中)

(右・左・両)耳が

■めまい…(いつから ~・1年中) (初めて ・ 繰り返している ・ _____ 回目)

| どんな? | いつ? | 持続時間 | 他の症状 | その他の症状や他院検査結果 |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ぐるぐる ふわふわ 意識が遠い | 寝返り 起床時 起立時 常に 不規則 | 数秒 数分 数時間 数日 | 耳鳴 難聴 耳が詰まる 手足のしびれ ろれつ障害 | 冷汗、他院MRIで異常なし、など 他院受診(あり・なし) |

■その他…(いつから ~・1年中)

- ① お薬や食物でアレルギーはありますか。 (いいえ・はい) _____)
- ② 現在飲んでいる薬はありますか。 (いいえ・はい) → お薬手帳をご提出ください。
(お薬手帳お忘れの方は薬名: _____)
- ③ お薬で眠くなりやすいですか。 (いいえ・はい) (薬名: _____)
- ④ 【小児の方へ】 (保育園児 ・ 1日2回希望 ・ 錠剤 ・ 甘い粉 ・ 甘い液体)
- ⑤ 【女性の方へ】 (授乳妊娠ともなし ・ 授乳中 ・ 妊娠中 _____ か月)
- ⑥ これまでかかった病気があれば○をつけてください。

前立腺肥大 緑内障 糖尿病 胃かいよう 肝炎(B・C) 精神病(_____)
 心臓病 脳梗塞 脳出血 高血圧 高脂血症 腎臓病 透析中 その他(_____)
 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息(治療中・経過観察・改善) 小児喘息(治療中・経過観察・改善)

【来院のきっかけを教えてください。】

- ①当院ホームページ
- ②ドクターズファイル
- ③病院なび
- ④EPARKクリニック
- ⑤通りがかり
- ⑥明石城東側ビル看板
- ⑦JR明石駅の階段看板
- ⑧明石駅構内の地図
- ⑨神姫バスアナウンス
- ⑩2号線道路看板
- ⑪他院紹介(_____ より)
- ⑫知人からの紹介(差し支えなければ: _____ 様)⑬その他(_____)