問　診　票

フリガナ		記入日	令和　年　月　日
氏　名		性 別	男　・　女
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日		歳　カ月
住　所	〒　－		
電話番号	携帯　（　）	自宅　（　）	

あてはまる項目を、〇でかこんで下さい。

鼻	のど	耳	その他
鼻づまり	のどが痛い	聞こえにくい　（左 ・ 右）	めまい・ふらつき
鼻みず	イガイガする	耳が痛い　（左 ・ 右）	いびき
くしゃみ	声がれ	耳がかゆい　（左 ・ 右）	睡眠時無呼吸
鼻血	せき	耳だれ　（左 ・ 右）	甲状腺
においがしない	たん	耳鳴り　（左 ・ 右）	くびのはれ・痛み
花粉症	つまる感じ	つまる感じ　（左 ・ 右）	
アレルギー性鼻炎	息苦しい	耳そうじ希望	熱のある方 体温（　℃）

《上記以外》

症状はいつからですか	
（アレルギー性鼻炎、花粉症の方のみ）	・アレルギーの血液検査を受けたことがある方は、ご記入下さい ＿＿歳頃　陽性：ｽｷﾞ ﾋﾉｷ ｲﾈ ﾀﾞﾆ ﾊｳｽﾀﾞｽﾄ その他＿＿＿＿＿＿＿＿ ・関心がある項目があれば、〇でかこんでください アレルギー血液検査　レーザー治療　舌下免疫療法

体重	＿＿＿＿＿＿kg	
（女性のみ）	妊娠中ですか	いいえ　はい（　週目）　可能性がある
	授乳中ですか	いいえ　はい
お薬、食べ物のアレルギー	なし　あり（　）	
治療中の病気	なし　あり　糖尿病　喘息　心疾患　高血圧　緑内障 肝疾患　胃・十二指腸潰瘍　前立腺肥大 その他（　）	
使用中のお薬	なし　あり（　） ★お薬手帳をお持ちの方は、お出し下さい	
苦手なお薬	なし　あり→　粉薬　錠剤　カプセル　シロップ　抗生剤　漢方薬	

よしもと耳鼻咽喉科クリニック　　診察券番号＿＿＿＿＿＿