

# 問診表

下記の項目について記入もしくは で囲んでください。

受診者番号	平成 年 月 日		
ふりがな	男	明・大・昭・平	年 月 日生
氏名	女	体重(12歳以下の方)	kg
住所	〒 -		電話 ( )

## 1. どうなさいましたか？

耳	どちらが	- >	右	左	両側
痛い	かゆい	耳鳴り	聞こえが悪い	つまった感じ	耳だれ
自分の声がひびく  その他 _____					

鼻	鼻づまり	鼻汁がでる(どろどろしたもの、水ばな)	鼻汁がのどにながれる	鼻血
においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい				
その他 _____				

口・のど	痛い	つまった感じ	せき	たん	声がかれる	いがらっぽい	口内が乾く
ものがうまく飲み込めない 舌が荒れる 息苦しい							
たんに血が混じる  その他 _____							

その他	頭痛	顔がはれた	首が痛い	首のはれ	眼がかゆい
その他 _____					

## 2. いつ頃からですか？ ( 日前から )

3. 今までにどんな病気をしましたか？ ある ない

(ある場合) - > じんましん ぜんそく その他のアレルギー疾患 心臓病 肝臓病  
腎臓病 糖尿病 高血圧 結核 血が止まりにくい病気  
けいれん発作 その他 \_\_\_\_\_

## 4. アレルギー体質やアレルギー性疾患がありますか？ ある ない

5. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありますか？

ない ある(どんな薬ですか) \_\_\_\_\_ )

6. 今までに手術を受けたことがありますか？ ある ない

(ある場合) - > ちくのう症 中耳炎 扁桃腺 こまく切開  
その他 \_\_\_\_\_

## 7. いびき、睡眠時無呼吸

いびきがひどい 呼吸が止まっている 日中ねむい 仕事中にうとうとする 夜間の運転が不安

## 8. 現在 他の病気で 通院していますか？

かかっていない  
かかっている(どこが悪くてかかっていますか？) \_\_\_\_\_ )

## 9. 女性の方にうかがいます

- ・妊娠していますか？ いいえ はい( 月)
- ・現在授乳中ですか？ いいえ はい

## 10. 当院を何でお知りになりましたか？

通りがかりに、当院広告をみて 電話帳・駅の広告をみて  
知人・家族の紹介 インターネットを見て その他( )

## サ・クリニック横浜

横浜市都筑区茅ヶ崎南 5-1-10 ノーブル茅ヶ崎 103 TEL 045-942-2811