

# 再診問診票

ID : (記入日 平成 年 月 日)

|          |        |          |            |   |   |    |
|----------|--------|----------|------------|---|---|----|
| フリ<br>ガナ |        | 生年<br>月日 | 明・大<br>昭・平 | 年 | 月 | 日  |
| 氏<br>名   | 男<br>女 |          |            |   | ( | 歳) |

(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)

今回ご受診は症状は前回と同じですか？ (はい・いいえ)

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) 診察で特にご要望がありますか？

特にない・おくすりのみ・処置 (吸入・鼻洗浄・点滴・耳掃除) のみ・検査のみ・セカンドオピニオン  
専門外来：アレルギー性鼻炎 (花粉症) 手術・睡眠時無呼吸 (いびき) 検査・補聴器作成・禁煙治療

3) 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 ( )

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

はい・いいえ その時のお薬の名前 ( 不明・ )

5) 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

6) 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 ( )

7) 女性の方へ

今 妊娠していたり その可能性はありますか？ はい・いいえ ( 週目)

授乳中ですか？ はい・いいえ

<前回と異なるご症状でご受診の場合は下記の質問にもお答えいただきますようお願いいたします>

8) お困りの症状は？ (今回ご受診の症状に◎を、当てはまる症状の全てに○をつけて下さい)

- ・みみ : (右・左・両方) 耳だれ・痛み・耳あか・耳のつまり・耳のかゆみ・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
- ・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
- ・その他: 発熱・頭痛・めまい・首のはれ・いびき・無呼吸・禁煙希望
- ・それ以外 ( )

ご記入ありがとうございました