

新 患 受 付 用 紙

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成	体温	℃
氏 名		年	月	日 (歳)	(小児のみ)体重 kg
住 所	〒 _____				(小児のみ)飲める薬は？
	電話番号 (_____) _____				錠剤・粉・シロップ

本日の症状について記入してください。(該当するところに○をつけてください)

いつから どこが	今日	昨日	日前から	ヶ月前から	以前から
右 耳 左 両側	痛い かゆい 耳だれ 聞こえない 耳鳴(キーン・ジージー・ザーザー) めまい (ぐるぐる回る・ふらふらする・はきけ・嘔吐) 耳かす その他()				
鼻	鼻水(どろどろ・さらさら) くしゃみ 鼻づまり 鼻かすがつく 痛い(入り口・ほっぺた・眉間部・その他()) 臭いがしない 鼻出血 その他()				
のど	痛い(食事は可能・不可能・水分のみ可能) 咳が出る(昼間・夜間・一日中) 息苦しい のどが渇く 声が出ない 痰がからむ 口臭が気になる				
特殊外来	口臭外来 禁煙外来 アレルギー抗原検査希望(採血) 花粉症 その他()				

耳鼻科疾患 既往症	アレルギー性鼻炎	副鼻腔炎	急性中耳炎	滲出性中耳炎	難聴	耳鳴	めまい	扁桃炎	咽喉頭炎	気管支炎
他の既往症	糖尿病 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 心臓病 肝臓病 高血圧									
かかりつけ医	有・無 (医院名: _____)									
服用中の薬	有・無 (_____) 残り _____ 日分									
今までに 受けた手術	中耳炎 副鼻腔炎 扁桃腺 (どこで _____ いつ頃 _____) その他の手術(_____)									
女性のみ	現在妊娠は 有 (_____ ヶ月) ・ 無 _____ 不明 現在、授乳中ですか? はい・いいえ									

アレルギー 薬・注射	有・無	薬品名 (_____)	_____	_____	_____
---------------	-----	---------------	-------	-------	-------

<p>☆当院を何でお知りになりましたか?</p> <p>①友人の紹介 ②タウンページ ③ホームページ ④近所だから ⑤看板 ⑥その他 (_____)</p>

問診票

タイプ

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和
名前		年 月 日 (歳)	
住所	〒 - 電話番号() -	(小児のみ) 体重 kg	

- ・花粉症は何歳で発症しましたか？ (今年初めて ・ 歳から)
- ・例年何月頃から症状がひどくなりますか？ (1月下旬・2月・3月上旬・3月下旬)
- ・5月の連休を過ぎても症状はありますか？(ヒノキ) (はい・いいえ)
- ・周囲の人と比べて時、自分はどちらに当てはまりますか？ (重症・軽症・不明)
- ・一番つらい症状は何ですか？

くしゃみ・鼻水・鼻づまり・眼のかゆみ・のどの違和感

その他()

- ・眼と鼻どちらの症状がつらいですか？ (眼・鼻・両方)
- ・今までに使用したことがある薬はありますか？

病院名 ()

薬名 (内服: 点鼻薬: 点眼薬:)

- ・希望する薬はありますか？ ()
- ・症状が改善すれば、眠くなる成分が入っている薬でも良いですか？ (はい・いいえ)
- ・当院から今年のスギ花粉情報を希望されますか？ (はい・いいえ)
- ・アレルギー検査(採血など)を希望しますか？ (はい・いいえ)
- ・シダトレンによる舌下免疫療法を希望しますか？ (はい・いいえ)

※性感染症(STD)の患者さま用

性感染症(STD)用問診票

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成	体温	℃
氏名		年	月	日(歳)	(小児のみ)体重 kg
住所	〒	—			(小児のみ)飲める薬は? 錠剤・粉・シロップ
		電話番号 ()	—		

•どの様な症状がありますか? 〔 〕	
•婦人科は受診されていますか? 婦人科名 ()	(はい・いいえ)
•婦人科で検査は受けていますか? 検査日 (月 日)	(はい・いいえ)
•薬の処方がありましたか? 薬名()	(はい・いいえ)
•最終性交日はいつですか? (月 日)	
•パートナーはSTDに感染していますか?	はい ⇒ クラミジア・淋菌 いいえ 不明
•検査は淋菌・クラミジアの他に一般細菌(溶連菌など)の検査も希望されますか? (はい・いいえ)	
•心配な事があればご記入ください 〔 〕	

鈴木耳鼻咽喉科・アレルギー科医院