

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				

あつない 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)
- ・シダキュアによる舌下免疫療法を希望しますか？ (はい・いいえ)

問診票

名前 _____

・ どの様な症状がありますか？

()

・ 婦人科(泌尿器科)は受診されていますか？

(はい ・ いいえ)

婦人科(泌尿器科)名 ()

・ 婦人科(泌尿器科)で検査は受けていますか？

(はい ・ いいえ)

検査日 (月 日)

・ 薬の処方がありましたか？

(はい ・ いいえ)

薬名()

・ 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

()