【問　診　票 ・初診用】

記入日　令和　　年　　月　　日

ID

ふりがな		ご住所　〒　　-
お名前	男 女	

明・大・昭・平・令 年　　月　　日生	年齢 歳　　ヶ月	自宅電話　（　　） 携帯電話　（　　）	体温 ℃

現在解熱剤内服（有・無）

＊15歳以下のお子様のみ体重をご記入ください。　　Kg

※あてはまる症状に☑チェックを入れてください。

耳【 右 ・ 左 】	鼻	の　ど	その他
□耳が痛い □耳垂れ □耳がかゆい □耳垢を取ってほしい □音の聞こえが悪い □耳がつまる感じがする □異物感がある □耳鳴り→どんな音ですか？ （　　）	□くしゃみ □鼻水 □鼻づまり □匂いがしない(嗅覚異常) □鼻血 □異物感がある □花粉症 □アレルギー検査希望	□のどが痛い □飲み込みにくい □声が出しづらい □痰が出る □咳が出る □息苦しい □異物感がある □Bスポット治療 （上咽頭擦過療法）	□発熱症状（　/　～） 周囲発熱者（有・無） □コロナ(COVID)・インフル関連検査希望 □頭痛 □目のかゆみ □めまい □首の腫れ □いびき・無呼吸症候群 □味覚異常 □その他 〔　　〕

いつから症状がでていますか？	本日・昨日・（　　）日前・(　　)週間前・(　　)カ月前	
今までにかかった病気はありますか？ **（入院・手術した病名）**	ない ・ ある	⇒ある方 （　　）
現在治療中の病気はありますか？	ない ・ ある	⇒ある方 （　　）
現在服用している薬はありますか？	ない ・ ある	⇒分かれば薬名 （　　）
食べ物やお薬などに **アレルギーはありますか？**	ない ・ ある 食べ物： お薬：	⇒ある方 （　　） （　　）
【お子様へ】	お薬の剤形の希望　（ 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル ） 内服可能回数　⇒　　1日2回　・　1日3回	
【女性の方へ】	現在妊娠中ですか？　はい　（　　ヶ月）・　いいえ 授乳中ですか？　はい　・　いいえ	

～紹介状・検査結果等お持ちであればご一緒にお出しください～

＊お薬服用中の方はお薬手帳も一緒にお出しください＊

BP 幕張ベイパーク
耳鼻咽喉科