【問　診　票 ・再診用】

記入日　令和　　年　　月　　日

ID

ふりがな お名前	＊15歳以下の方のみ 体重をご記入ください。 Kg	体温 ℃

＊ご住所・お電話番号等、変更のある方は受付にお伝えください。　　現在解熱剤内服（有・無）

あてはまる症状に☑チェックを入れてください。

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

＊前回受診時と同じ症状で受診される方で、下記の項目に変更がない方は以下、記入不要です。

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＊

幕張ベイパーク 耳鼻咽喉科