

# 新患問診票

日付：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな

氏名：\_\_\_\_\_

男 ・ 女

生年月日 大・昭・平・令\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生まれ \_\_\_\_\_才 体重\_\_\_\_\_kg

現住所\_\_\_\_\_電話\_\_\_\_\_

1. いつ頃から、\_\_\_\_\_頃から

(イ) 鼻水・鼻づまり・鼻血(左・右) (ロ) 喉の痛み・違和感・咳 (ハ) 熱\_\_\_\_\_℃

(ニ) 耳(左・右・両) 症状 痛み・痒み・耳だれ・聞こえ悪い・耳掃除

(ホ) その他 \_\_\_\_\_

2. 糖尿病・肝炎(B型・C型)・喘息の治療を受けていますか。

(イ) 糖尿病 (ロ) B型肝炎・C型肝炎 (ハ) 喘息 (ニ) ない

3. 現在ほかの病院、または、ほかの科にかかっていますか。

(イ) いる → (病院名\_\_\_\_\_ 病名\_\_\_\_\_ ) (ロ) いない

4. 現在薬は飲んでいますか。

(イ) いる → 何の薬ですか。(\_\_\_\_\_ ) (ロ) いない

5. 注射によるショック、または薬での副作用の経験がありますか。

(イ) ある → 薬剤名および症状(\_\_\_\_\_ ) (ロ) ない

6. 喫煙習慣はありますか。 (イ) ある → 1日\_\_\_\_\_本くらい (ロ) ない

7. 風邪薬や鼻炎薬で眠くなったことがありますか。

(イ) ある (ロ) ない (ハ) わからない

8. 妊娠・授乳している方。現在妊娠\_\_\_\_\_ヶ月、出産予定日\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

授乳して (イ) いる (ロ) いない

9. 耳鼻咽喉科の手術を受けた方\_\_\_\_\_才のとき 手術名(\_\_\_\_\_)

10. ペースメーカーなどの金属が体の中にありますか。 (イ) ある (ロ) ない

11. ご自身または同居する方に、“いびき” “無呼吸” “慢性的な眠気” が気になる方は  
いらっしゃいますか？ (イ) いない (ロ) いる

12. ご自身または同居する方に、“年間を通しての鼻水鼻づまり”でお悩みの方は  
いらっしゃいますか？ (イ) いない (ロ) いる

13. 受診のきっかけ

(イ) 知人・家族の紹介 (ロ) 他院よりの紹介 (ハ) 以前受診していた

(ニ) ホームページを見て (ホ) Googleマップ (ヘ) 新聞を見て (ト) 看板を見て

(チ) 電話帳を見て (リ) 家・職場が近い (ヌ) その他(\_\_\_\_\_)

14. (ニ) ホームページを見て (ホ) Googleマップどちらかをご回答いただいた方へ  
どのようなキーワードで検索されましたか？(\_\_\_\_\_)