

ID

## 問 診 表

年 月 日

ふりがな				T・S・H・R	年	月	日	( 歳)
お名前	(男・女)			生年月日				
住所	〒			(携帯)		幼稚園児		
				(自宅)				
※15歳未満の方	くすり【・粉 ・シロップ ・錠剤 ・カプセル】希望			体重		kg		
※女性の方	妊娠中 週目 (予定日 年 月 日)			授乳中				
※喫煙歴	喫煙中 ( 本/日 歳～ )			喫煙していた ( 本/日 歳～ 歳)				

## 本日はどのような症状で受診されますか？

●耳の症状 : 右耳 左耳 両方の耳

いつから

- 痛む ●かゆみ ●耳だれ ●ふさがった感じ ●聞こえが悪い ●耳そうじ ●耳鳴  
●めまい (ぐるぐる ふわふわ)

●鼻の症状 : ●鼻水 (水のよう ねばねば 膿のよう) ●鼻閉 ●痛む ●くしゃみ ●鼻血 (右 左)

いつから

- においがわからない ●ほほが痛い (右 左) ●後鼻漏

●のどの症状 : ●痛む ●違和感 ●のみこみにくい ●声がかれる ●咳 ●たん ●口内炎 ●舌が痛い

いつから

- 味がわからない

●全身症状 : ●体がだるい ●気分がわるい ●いびき ●吐き気 ●頭痛 ●頭が重い ●目のかゆみ

その他 : ( )

## すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ はい (いつ: どの病院: )

## 今までにかかった病気があれば、教えてください。

- ・熱性けいれん ・糖尿病 ・高血圧 ・前立腺肥大 ・気管支喘息 ・小児喘息  
・アレルギー性鼻炎(花粉症を含む) ・食物アレルギー ( )  
・アトピー性皮膚炎 ・緑内障 ・その他 ( ) ・手術 ( )

## 飲んでいるお薬があれば教えてください。(お薬手帳がありましたらご提示をお願いします。)

ない ある ( )

## 今までに薬や注射や点滴や麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？

ない ある (薬の名前: 症状: )

## 下記の検査・治療・相談はございますか？ 該当する箇所に○を付けてください

- アレルギー検査  
・View39 (精密検査: 39項目、採血で約1週間で判定)  
・ドロップスクリーン (簡易検査: 41項目、指先採血30分で判定)  
 アレルギー性鼻炎の舌下免疫療法  
・シダキュア (スギのアレルギーをお持ちの方が治療できます)  
・ミティキュア (ダニのアレルギーをお持ちの方が治療できます)  
 睡眠時無呼吸の検査・治療・相談  
 鼻レーザー治療・相談  
 補聴器相談

## 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ①家族から聞いて( 様が通っているから) ②知人 ( )様から聞いて  
③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板を見て ⑥Instagram ⑦Facebook  
⑧当院のホームページ (あてはまるものに○をつけてください: パソコン スマートフォン )  
⑨その他WEBサイト (ユビーAI受診相談・Doctors file・EPARK Doctor・その他)