

<div style="text-align: center;">  <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">耳</span>  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>	<div style="text-align: center;">  <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">鼻</span>  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>	<div style="text-align: center;">  <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">咽喉</span>  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>
ふりがな	ふりがな	ふりがな
お名前 (才) 男・女	お名前 (才) 男・女	お名前 (才) 男・女
(〒) 市	(〒) 市	(〒) 市
電話番号	電話番号	電話番号
<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。</p> <p>✓いつからですか？</p> <p>✓どちらの耳ですか？（右・左）</p> <p>✓どのような症状ですか？</p> <p style="padding-left: 20px;">痛い・押すと痛い・耳だれ・かゆい 耳閉感・聞こえが悪い・声がひびく 耳垢（あか）・耳鳴り・めまい</p> <p>📍 今まで大きな病気にかかったことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 詳しく病名・手術・期間など記入してください。 ）</p> <p>📍 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 薬の名前と症状を記入してください。 ）</p> <p>🏥 現在、他の診療を受けていますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>📍 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p>（ _____ ）</p>	<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。</p> <p>✓いつからですか？</p> <p>✓どちらの鼻ですか？（右・左）</p> <p>✓どのような症状ですか？</p> <p style="padding-left: 20px;">鼻水・鼻づまり・くしゃみ・後鼻漏 アレルギー性鼻炎・においが分からない いびきをかく・口呼吸になる 鼻血が出る（右・左）</p> <p>📍 今まで大きな病気にかかったことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 詳しく病名・手術・期間など記入してください。 ）</p> <p>📍 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 薬の名前と症状を記入してください。 ）</p> <p>🏥 現在、他の診療を受けていますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>📍 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p>（ _____ ）</p>	<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。</p> <p>✓いつからですか？</p> <p>✓どちらですか？（のど・口の中・舌・くちびる）</p> <p>✓どのような症状ですか？</p> <p style="padding-left: 20px;">痛い・はれた・熱がある・なにかできた 咳がでる（朝・昼・夜） ・痰がつかえる 骨がささった（なんの骨： _____） 扁桃炎になりやすい（1年に _____ 回）</p> <p>📍 今まで大きな病気にかかったことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 詳しく病名・手術・期間など記入してください。 ）</p> <p>📍 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>（ 薬の名前と症状を記入してください。 ）</p> <p>🏥 現在、他の診療を受けていますか？</p> <p style="padding-left: 40px;">なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>病院名： _____ ( _____ 科)</p> <p>📍 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p>（ _____ ）</p>