耳鼻咽喉科　問診票

年　　月　　日

氏名	フリガナ					男　・　女	
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日生　　（　　歳）						
住所	（〒　　－　　）						
電話番号	携帯（　　）　　－　　自宅（　　）　　－						
ご職業		身長	cm	体重	kg	体温	℃

● どのような症状がありますか？　☐にチェックをしてください（いくつでもご記入ください）

☐ 一週間以内の発熱（37.0℃以上）　　____月　____日　____時から　　最高体温_____℃

◆ みみ（☐ 右　☐ 左　☐ 両）
- ☐ 痛い
- ☐ かゆい
- ☐ 聞こえにくい
- ☐ 塞がった感じ
- ☐ 響いて聞こえる
- ☐ 耳鳴りがする
- ☐ 耳だれが出る
- ☐ 耳あかがある

◆ はな（☐ 右　☐ 左　☐ 両）
- ☐ 鼻水が出る
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみ
- ☐ 花粉症（アレルギー性鼻炎）
- ☐ かゆい
- ☐ 鼻血が出る
- ☐ においがわからない
- ☐ 変なにおいがする

◆ のど
- ☐ 痛い
- ☐ 違和感・不快感
- ☐ 声がかれる
- ☐ せき
- ☐ 痰がからむ
- ☐ かゆい
- ☐ 飲み込みづらい
- ☐ 口内炎

◆ その他の症状　ご記入ください

【　　】

＊上記の症状はいつ頃からですか？（　　）日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から

● 治療中の病名ならびに今までかかったことのある病気があれば☐にチェックをしてください

☐ なし　☐ 中耳炎　☐ 高血圧　☐ 心臓病　☐ 脳梗塞　☐ 不眠症　☐ 自律神経系
☐ 癌（がん）　☐ 糖尿病　☐ 緑内障　☐ 前立腺肥大　☐ 喘息
☐ その他【　　】

● 現在、内服中の薬があればご記入ください　★ お薬名がわかる物をお持ちでしたら一緒にお出しください

☐ なし　☐ ある【 薬剤名：　　】

● 薬・注射などで副作用の経験がありますか？

☐ なし　☐ ある【 薬品名：　　】

● 女性の方で妊娠中あるいは授乳中であれば☐にチェックをしてください

☐ 妊娠中　（　　）ヶ月　☐ 授乳中

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。