

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
☐ □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。