

この耳鼻咽喉科 問診表

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生 歳

〒 □ □ □ - □ □ □ □

住所 _____

電話 _____

体重 (小児の方のみ) _____ k g

1. どうなさいましたか？

① 耳 どちらが → 右 左 両側

痛い 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り つまった感じ めまいがする

② 鼻

鼻づまり 鼻汁が出る くしゃみ 臭いがしない 痛い 鼻血

③ のど・口

痛い せき たん 声がかすれる つかえ感 異物感 口内が乾く
味がわからない 舌がおかしい

④ その他 ()

2. 上記の症状はいつ頃からですか？ (日前から)

3. 熱はありますか？ ある (.)℃ ない

4. 現在、または今までに治療を受けたことのある病気はありますか？

ある ない

あるとお答えの方 高血圧 糖尿病 気管支喘息 肝臓病 胃潰瘍

腎臓病 前立腺肥大 緑内障

その他 ()

5. 現在、服用中のお薬はありますか？ ある ない

あるとお答えの方 お薬の名前がわかれば ()

※ お薬手帳をお持ちの方は必ず受付へ御提示ください

6. お薬、食品に対してアレルギーがありますか？ ある ない

あるとお答えの方 どのようなお薬、食品 ()

7. 女性の方へ 現在、妊娠していますか？

はい (ヶ月) いいえ わからない 授乳中

8. 当院をお知りになったきっかけは？

医院前の看板 駅の看板 電柱看板 電話帳・タウンページ ホームページ

他医院からの御紹介 (医院・病院) 友人、知人、御家族から聞いて