

耳鼻咽喉科問診表

ふりがな

氏名

生年月日

携帯番号(緊急用):

年齢

体重

kg

電話番号:()

住所

(1) 今日は、どこが悪くて来られましたか？○を付けてください。(複数可)

- ・ 耳の症状 (右耳 ・ 左耳) が
(いたい ・ かゆい ・ 聞こえにくい ・ 耳鳴り 他)
- ・ 鼻の症状 (つまる ・ くしゃみ ・ 鼻みず ・ 鼻みずがのどに降りる 他)
- ・ のどの症状 (いたい ・ 咳 ・ 痰 ・ イガイガする ・ 異物感がある 他)
- ・ その他の症状 (めまい ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ いびき ・ 他)
- (鼻の日帰り手術を希望する ・ 手術は考えていない)

(2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

(3) 今までに、大きな病気にかかられたり、手術をしたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある: 高血圧 糖尿病 結核 心臓の病気 喘息
手術 ()
その他 ()

(4) 現在、他の病気で病院に通院されていますか？

- ・ 通院していない
- ・ 通院している (病名: 科名: 科)
薬はもらっていますか？
(もらっていない ・ もらっている (薬品名:))

(5) 今までに、注射や飲み薬で気分が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？

- ・ ない ・ ある (薬品名)

(6) なにかアレルギーはありますか？(卵白アレルギーなど) ・ない ・ある ()

(7) 嗜好品についてお尋ねします。

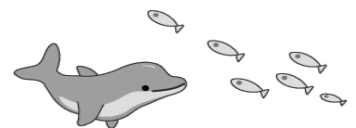
- ・ たばこ (吸わない 吸う : 一日 本ぐらい)
- ・ アルコール (飲まない 飲む)

(8) * 女性のみお答え下さい。

現在、妊娠の可能性ありますか？

- ・ いいえ ・ 疑いあり ・ はい (妊娠 ヶ月)
- ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。



最上クリニック