

ふりがな

耳鼻咽喉科問診表

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、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 ・ 耳垢 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)

★当院では診断を確定する上で、ファイバースコープ(内視鏡)を使用することがありますのでご了承ください。

(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)

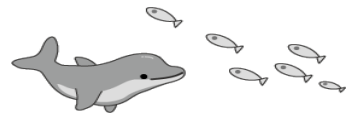
(6) なにかアレルギーはありますか?(卵白アレルギーなど) ・ない ・ある ()

(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) 現在、妊娠の可能性はありますか?

- ・ いいえ ・ 疑いあり ・ はい (妊娠 ヶ月) ・ 授乳中



当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用に同意していただけますか?

はい ・ いいえ