

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 ・ 発熱 _____ °C ・ 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: _____)

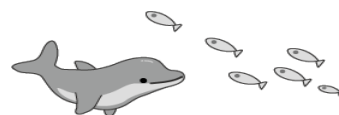
(5) 今までに、注射や飲み薬で気分が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？

- ・ 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