

耳鼻咽喉科 問診表

ふりがな			大・昭・平・令	
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話番号			体重 (小児のみ)	kg
体温	°C	小学生未満のお子様はどちらかに○を付けてください	保育園か幼稚園に通園中 ・ 通園なし	

Q1. 今日どのような症状で来られましたか。

耳	・痛み ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・かゆみ ・耳あか
鼻	・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・いびき ・においがしない
のど	・痛み ・違和感 ・かすれ声 ・咳 ・痰 (多い・少ない) ・息苦しい
	・ものがつまる感じ ・魚の骨がささった (魚の名前は?)
その他	・口内炎 ・舌の痛み ・味がしない ・首にしこりがある

Q2. 上記の症状はいつ頃から自覚されていますか。

(

Q3. 薬・点滴・麻酔などで体に異常がでたことがありますか? (あり ・ なし)

何の薬ですか? ・処方された薬 ・歯科の麻酔 ・その他 ・薬の名前 ()

どんな症状が出ましたか? ・皮疹 ・気分不良 ・ショック ・嘔吐 ・その他 ()

Q4. これまでにかかった病気はありますか? (あり・ なし)

・ぜんそく ・糖尿病 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病
 ・その他 ()

Q5. 他院で服用中のお薬はありますか? (あり・ なし)

・薬品名が分かれば記入してください。 []

Q6. 女性の方へ

現在 妊娠を (していない ・ している ・ 可能性がある) ⇒ 妊娠 (週目 ・ カ月)

現在 授乳を (している ・ していない) ⇒ 授乳 (カ月のお子さん)

Q7. 最後によろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください。

・看板 ・ホームページ ・グーグル検索 ・インスタグラム ・ツイッター
 ・知人/家族の紹介