

ID:

## 耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ		性別	明・大・昭・平	体重	kg ※小学生以下記入必須
氏名		男・女	年 月 日( 歳)		
住所	〒	当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください		TEL	
				携帯番号	

いつからお困りですか ( ) 頃から		体温は	℃
耳 ( 両方・右・左 )	のど	鼻	
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> つまる感じ <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳下の腫れ <input type="checkbox"/> 耳あか	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰がでる <input type="checkbox"/> つまる感じ <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 異物感 <input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにまわる <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 臭いを感じない <input type="checkbox"/> 異物が取れない <input type="checkbox"/> 鼻血	
その他の症状 ( )			
<input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望 ( <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療証明書 <input type="checkbox"/> その他 : )			

この症状で、治療を受けたことはありますか  いいえ  はい (内容: )

現在内服している薬はありますか  いいえ  はい (お薬手帳:  あり  なし)  
内服している薬 ( )

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか  
 喘息  高血圧  心臓病  肝臓病  腎臓病  糖尿病  前立腺肥大  
 緑内障  その他 ( )

薬や食物のアレルギーはありますか

薬 :  いいえ  はい  
 食べ物 :  いいえ  はい

薬剤名 : 症状 :  
 食べ物名 : 症状 :

日常生活について

たばこ :  吸わない  
 吸っている  吸っていた → 本数: 1日 本 約 年間

お酒 :  飲まない  
 飲む →  毎日  週( )回  月( )回  
 種類: 量: 杯・合・缶

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか:  いいえ  はい  可能性がある (妊娠 週目)  
 ※授乳中ですか:  いいえ  はい (出産予定日 年 月 日)

\*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

- 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット  
 5) 広告・チラシ 6) 地域新聞 7) 駅看板 8) その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。