

耳鼻咽喉科 問診票

氏名		体重	kg
----	--	----	----

※小学生以下の方はご記入ください

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 ()

証明書・診断書等の希望 (診断書 治癒証明書 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 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	薬剤名:	症状:
食べ物	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	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

※授乳中ですか: いいえ はい

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。