

= 問診表 =
耳鼻咽喉科

フリガナ

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所

電話(自宅)

電話(携帯)

身長

cm

体重

kg

*今日は、どうされましたか？ ○をつけてください。(複数でもかまいません。)

耳

について

- ・耳が痛い (右・左・両方)
- ・耳漏が出る (右・左・両方)
- ・聞こえにくい (右・左・両方)
- ・耳の詰まった感じ (右・左・両方)
- ・耳垢除去 (右・左・両方)
- ・耳が痒い (右・左・両方)
- ・耳鳴り (右・左・両方)
- ・めまい (回転・ふらふら)
- ・耳下部疼痛 (右・左・両方)

*その他の症状でしたら記入してください。

*症状は、いつからですか？

鼻

について

- ・鼻がつまる
- ・鼻水がでる (水様・粘い・青鼻)
- ・くしゃみが多い
- ・鼻血がでる
- ・鼻が痛い
- ・臭いが分からない
- ・眼がかゆい
- ・頭が (重たい・痛い)
- ・後鼻漏
- ・頬部痛み

*その他の症状でしたら記入してください。

*症状は、いつからですか？

*毎年ひどい季節がありますか？

(はい： 頃・いいえ)

のど

について

- ・のどが痛い
- ・のどの違和感 (のどの詰まった感じなど)
- ・咳がでる
- ・声がかれた (声が出ない)
- ・痰がからむ
- ・舌が痛い (荒れている)
- ・魚の骨が刺さった
- ・首に腫れがある (リンパ節が腫れている)
- ・口腔や咽頭の癌が心配である

*その他の症状でしたら記入してください。

*症状は、いつからですか？

*アレルギーの血液検査など詳しい検査を希望しますか？

(はい・いいえ)

(カモガヤ・ブタクサ・スギ・ヒノキ・ハウスダスト・ヤケヒョウダニ)

裏面も記入してください。

*現在加療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

・

・

・

・

*現在内服中のお薬がありますか？ (はい・いいえ)

・

・

・

*今までに手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

昭・平・令 年

昭・平・令 年

昭・平・令 年

*今までにお薬による副作用の経験がありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名

副作用・薬疹・胃腸障害・その他 ()

*たばこを吸いますか？ (はい：1日 本・いいえ)

*アルコールを飲みますか？ (はい・いいえ)

*アルコールを飲まれる方は、一日に何をどれくらいですか？

ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・その他 () ()位

*現在妊娠していますか？ (はい： カ月・いいえ)

*現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

女性のみ

お答えください