

## 問診票

20 年 月 日

(ふりがな)

おなまえ

(〒 - )

男 / 女

電話番号

( )

携帯番号

( )

大 昭

住所

生年月日 平 令 年 月 日 歳

※本日の来院目的は？(耳・鼻・のど・めまい・その他)  
 どのような症状で来られましたか？

お子様のみ体重 kg

## ① みみ (みぎ・ひだり)

- かゆい  
いたい  
耳だれ  
きこえにくい  
耳鳴り  
つまた感じ  
よく触る

## ② めまい

- くるくる回る  
ユラユラゆれる  
きこえにくい  
耳鳴りがする  
頭や身体の動きに合わせてまわる  
手足のしびれや麻痺

## ③ はな

- つまる  
鼻水(透明・黄色・粘稠)  
くしゃみ  
かゆい  
においがしない  
鼻血(右・左)  
頭痛・頭重感  
鼻水がのどに降りる  
レーザー治療の相談

## ④ のど

- いたい  
飲み込みにくい  
息がしにくい  
声がかかる  
味覚がおかしい  
舌がいたい  
のどに違和感(異物感)を感じる  
せき  
たん

## ⑤ その他

- 目のかゆみ  
吐き気  
熱がある( °C )  
腫れ物がある(場所: )  
いびき・無呼吸

## ⑥ 上記以外 ( )

## ⑦ 上記症状はいつからありましたか？

昨日から  ( )日前から  ( )ヶ月前から  ( )年前から

⑧ お薬アレルギーがありますか。 (ない・ある ⇒ 薬剤名 : ) 症状 : ( )

⑨ 食物でじんましんが出たことはありますか (ない・ある ⇒ )

⑩ 医師よりアレルギー体質と言われたことはありますか (ない・ある ⇒ )

⑪ 次の病気はありますか？ 糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・脳梗塞・喘息・緑内障

⑫ 喫煙(ない・ある 本/日 × 年) ⑬ 飲酒( ) を 本/日)

⑭ 以前に大きな病気をされましたか (ない・ある ⇒ )

⑮ 治療中の病気がありますか (ない・ある ⇒ )

⑯ 内服中のお薬を教えてください (薬剤名 : )

⑰ (女性の患者様へ)妊娠の可能性はありますか (ない・ある 週 )

⑱ (女性の患者様へ)授乳中ですか (いいえ・はい 回/日 歳 カ月)