

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 ()
(〒 -)

住所 大 昭 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) お子様のみ体重 kg
どのような症状で来られましたか？

- ① みみ (みぎ・ひだり) ② めまい ③ はな
☐ かゆい ☐ くるくる回る ☐ つまる
☐ いたい ☐ ユラユラゆれる ☐ 鼻水 (透明・黄色・粘稠)
☐ 耳だれ ☐ きこえにくい ☐ くしゃみ
☐ きこえにくい ☐ 耳鳴りがする ☐ かゆい
☐ 耳鳴り ☐ 頭や身体の動きに合わせてまわる ☐ においがしない
☐ つまった感じ ☐ 手足のしびれや麻痺 ☐ 鼻血 (右・左)
☐ よく触る ☐ 頭痛・頭重感
☐ 鼻水がのどに降る
☐ レーザー治療の相談
☐ 舌下免疫療法の相談
(スギ・ダニ)
☐ 睡眠時無呼吸症候群の相談
(°C)
- ④ のど ⑤ その他
☐ いたい ☐ 目のかゆみ
☐ 飲み込みにくい ☐ 吐き気
☐ 息がしにくい ☐ 熱がある (☐ 腫れ物がある (場所:)
☐ 声がかかる ☐ いびき・無呼吸
☐ 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

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 (本/日) 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)