

問 診 票

20 年 月 日

フリガナ

氏名 _____

ID : _____

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳
(〒)

住所 _____

電話： () 携帯電話： ()

(来院時体温 °C) (体重 k g) (身長 c m)

1. 受診理由

- 鼻水（どろどろ・さらさら） 鼻づまり（両・右・左） くしゃみ 目のかゆみ
鼻血（両・右・左） 頭痛 後鼻漏 嗅覚障害
のどの痛み（食事：可能・不可能・水分のみ可能） せき 痰 声がれ 味覚障害
耳の痛み（両・右・左） 聞こえない（両・右・左） 耳垢 耳漏 耳鳴
発熱 息苦しい
めまい（ぐるぐる回る・ふらふらする・吐き気・嘔吐）
その他()

※症状はいつ頃からですか？ ()

2. その症状について他の医療機関で診てもらいましたか？

- いいえ
はい さしつかえなければ病院名または医院名を教えてください ()

3. 1日にタバコは何本吸いますか？ (約 本) 何年間吸いましたか？ (約 年) 1日に酒類はどのくらい飲みますか？ () を (本位)

4. 女性の方にお伺いします。

- 妊娠 (妊娠 週目) 授乳中

5. 今まで飲み薬、塗り薬、注射、食べ物などで体に合わなかったことはありますか？

- ない ある (薬名: 症状:)

6. 耳鼻科疾患の既往症

- アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 中耳炎 難聴 めまい 扁桃炎
声帯ポリープ 腫瘍 (良性・悪性 部位:)

7. 既往症と現在かかっている病気はありますか？また、現在飲んでいる薬はありますか？

(病名)

(薬名)

(手術)

8. 最後に当院をお選びになった理由をよろしければお答えください。

- ・看板 ・通りがかり ・ご紹介 (友人・医療機関)
・タウンページ ・インターネット ・その他 ()