

耳鼻咽喉科 問診票

記入日： 年 月 日

お名前 () 体重 () kg 年齢 () 歳 ご職種 ()
体温 (. °C)

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① 今日受診される**きっかけになった症状**は何ですか。

複数ある場合は、一番お困りの症状に◎をつけてください。

- ・みみ (右・左) (痛み 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳あか つまった感じ)
- ・はな (鼻水 鼻がつまる 鼻血 鼻がにおう その他:)
- ・のど (痛い 声がかすれる 空咳 痰のからむ咳 いびき 飲み込みにくい
鼻水 (痰) がのどへ流れてくる その他:)
- ・くび (腫れている グリグリが触れる その他:)
- ・かお (動きにくい 腫れている その他:)
- ・めまい (ふらふらする ぐるぐる回る 目の前が真っ暗・真っ白になりそう)
- ・その他相談したいこと等 ()

② ①の症状はいつごろからですか？

() から

③ 現在治療中の病気や今までにかかった病気を教えてください。

- ・ない
- ・ある (高血圧 糖尿病 心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 腎臓病 肝炎 喘息
緑内障 前立腺肥大症

その他の病気:)

(手術: 病名

手術名)

④ 現在内服中のお薬はありますか。 **内容がわかる手帳等をお持ちでしたらご提出お願いします。**

- ・ない
- ・ある (内容: _____)

⑤ **血をさらさらにするお薬** (バイアスピリンやワーファリン等) を内服していますか。

- ・はい
- ・いいえ

⑥ **アレルギー**: 局所麻酔の注射や、お薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。

- ・ない
- ・ある (お薬: _____、麻酔の注射、食べ物: _____)

⑦ 喫煙されますか。

- ・はい (1日 ___ 本を ___ 年間)
- ・禁煙した (___ 歳頃禁煙。1日 ___ 本を ___ 年間吸っていた)
- ・いいえ

⑧ お酒を飲みますか。

- ・はい (毎日、 ___ 日に1回程度、めったに飲まない)
- ・昔は大酒家
- ・いいえ

※はいの方⇒1日あたりどれくらい飲みますか? ()

⑨ 女性の方のみ

- ・妊娠 (なし あり: 週)
- ・授乳 (なし あり⇒お子様の月齢 _____)

★ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。

お薬手帳や説明書をお持ちでしたら提出お願いします。