

# 耳鼻咽喉科 問診票

記入日：令和 年 月 日

名前( ) 体重( )kg 年齢( )歳 職種( ) 体温( )℃

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 結核 新型コロナウイルス感染症(時期 )

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提出をお願いします。※

・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。

・ない ・ある

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。

・吸わない 禁煙後 年 ・吸う 本/日 歳から

⑧ お酒を飲みますか。

・飲まない ・飲む ml 本/日 ・昔は大酒家

⑨ この1年間で健診を受診しましたか。※

・いいえ ・はい(指摘事項: )

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。(・いいえ ・はい)

⑪ 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。

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 耳鼻咽喉科