

ID

耳鼻咽喉科 問診票

日付 / /

ふりがな				大・昭・平・令
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	〒 -			
携帯番号	-	電話番号	()	-
◎いつからですか?	年 月 日		体重	Kg
*全身症状	・発熱 月 日から 日まで 最高 °C 現在の体温 °C (額・腋) ・だるさ ・関節痛 ・寒気 ・食事(できる・できない・食欲なし)			
*耳(右・左)	・痛み ・耳だれ ・きこえが悪い ・耳なり ・かゆみ ・耳垢 ・耳がふさがった感じ			
*めまい	・ぐるぐる ・ふわふわ ・嘔吐(あり・なし)			
*鼻	・鼻づまり ・鼻水(透明・粘い・膿のよう) ・鼻水が後ろへ垂れる ・くしゃみ ・いびき ・鼻血(右・左) ・匂いがしない(全くしない・少し) ・鼻、鼻周辺の痛み(どのあたり?)			
*のど	・痛み ・飲み込むときの痛み ・乾いた感じ ・腫れ ・違和感 ・かすれ声 ・咳(乾いた咳・痰のからんだ咳) ・痰 ・出血 ・息苦しい ・ものがつまる感じ(常に・飲食時) ・魚の骨がひっかかった(何の魚?)			
*口・舌	・口内炎 ・舌の痛み ・味がしない(全くしない・少し) ・しびれる			
*その他	・首の腫れ(右・左) ・耳下の腫れ(右・左) ・顔の動きが悪い(右・左)			

Q 嗜好品についてお聞かせ下さい

*たばこ	・現在吸っている(1日/ 本 年間) ・過去(年前から禁煙) ・吸わない			
*お酒	・飲む(1日/ ml) ・ときどき飲む ・飲まない			

Q 他院で服用中のお薬はありますか? (あり ・ なし) ※お薬手帳をお持ちの方は一緒に提出して下さい

お薬手帳を お忘れの場合、
薬品名が分かれば記入して下さい。

Q 薬・注射・点滴・麻酔などで体に異常が起きたことはありますか? (あり ・ なし)

何の薬ですか? ・処方薬 ・市販薬 ・その他 ・薬の名前 ()

どんな症状がありましたか? ・発疹 ・気分不良 ・嘔吐 ・ショック ・その他 ()

Q 以下の既往歴はありますか? (あり ・ なし)

・糖尿病(HbA1c) ・緑内障 ・前立腺肥大 ・高血圧 ・肝臓 ・腎臓 ・心臓病

・ペースメーカー(あり ・ なし) ・脳の病気 ・その他 ()

Q 喘息はありますか? (あり ・ なし)

Q 耳鼻科で手術を受けられたことはありますか? (あり ・ なし)

いつですか? (年 月頃) → 耳 ・ 鼻 ・ 扁桃 ・ 声帯 ・ その他 ()

病名 () 手術を受けた病院 ()

Q 手術が必要な場合、いかがされますか? (・希望する ・できれば手術したくない ・どちらでも良い)

Q 女性の方へ ・妊娠(なし ・ 可能性あり ・ あり → 週) ・授乳(あり ・ なし)

Q よろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください

①近所 ②看板 ③HP・インターネット ④医療機関・人からの紹介 () ⑤その他 ()

