

# 耳鼻咽喉科 問診票

下記の質問事項に御記入下さい。

住所: 〒 \_\_\_\_\_ ( )歳 ご職業: \_\_\_\_\_

お名前: フリガナ \_\_\_\_\_ (男・女) 電話番号: \_\_\_\_\_

①現在特にお困りになっている症状は何でしょうか？

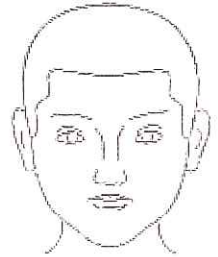
②それはいつからですか？

年 月 日頃から

③本日、検査・診察をご希望する項目に○印をつけて下さい。

耳: 耳の痛み(右・左)	耳だれ(右・左)	聞こえが悪い(右・左)	
耳鳴	めまい		
鼻: 鼻汁	鼻つまり	くしゃみ	鼻血(右・左)
のど: 喉の痛み	つまり	ひっかかった感じ	声がれ
飲み込みにくい	息苦しい	せき(強い・弱い)	扁桃腺(へんとうせん)
たん(色あり・なし)			
その他: 頭痛	いびき	無呼吸	口内炎
それ以外( )			

症状のある個所に○印をお願いします →



④上記の症状で他院にかかったことはありますか？

いいえ・はい ( ) 医院・病院

⑤今までに大きな病気・入院・手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい ( )歳 病名( )  
( )歳 病名( )

⑥現在服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳を持参の方は記入不要です。

いいえ・はい お薬の名前( )  
病院名( )

⑦アレルギーはありますか？

いいえ・はい 薬・注射( )  
食べ物( )  
その他( ) 例: 花粉症・鼻炎

⑧タバコを吸いますか？

吸わない・以前吸っていた (1日 本・ 年前まで)  
現在吸っている (1日 本・ 年間)

⑨お酒は飲みますか？

いいえ・はい (日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー・ワインを1日 程度)

⑩動物(ペット)を飼っていますか？

いいえ・はい 動物名( )

⑪女性の方へ (1)現在、妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ  
(2)現在、授乳中ですか？ はい・いいえ

※御記入いただいた個人情報、診療以外の利用はいたしません。