

問診票

診察日：平成 年 月 日

(医) 中村耳鼻咽喉科医院

フリガナ お名前		ご住所 〒 -	
		男 女	
明・大・昭・平 年 月 日生	年齢 歳	自宅電話 () 携帯電話 ()	体重 (小児のみ) () kg

あてはまる症状に○印をおつけ下さい。

いつごろから症状がありますか？ [今日 昨日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前]

耳	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> ・耳が痛い (右・左) ・耳だれがでる (右・左) ・聞こえにくい (右・左) ・耳がつまる感じ (右・左) ・耳がかゆい (右・左) ・めまい (回転性・ふわふわ) ・耳鳴り (右・左) ・耳あか (右・左) ・耳の下がはれている (右・左) ・耳に何か入れた 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻がつまる ・鼻汁 (水様・粘性・黄緑) ・鼻汁がのどにまわる ・くしゃみ ・頭が痛い・重い ・においがわからない ・鼻血がでる (右・左) ・頬部が痛い (右・左) ・いびき・睡眠時無呼吸 ・鼻に何か入れた 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・のどがつまる ・のどの違和感 ・扁桃腺が悪い ・声がかすれる・出にくい ・せき・痰が出る ・口の中が痛い ・舌がはれている・痛い ・首のリンパ腺がはれている ・のどに骨がささっている

その他の症状があれば簡単にお書き下さい (熱 ℃)

[]

以下の項目にあてはまるものがあれば○印をおつけ下さい。

- 1) 今までに薬を飲んでじんましんや副作用がでたことがある (薬名)
- 2) 注射をして気分が悪くなったり、何か変わったことがある (薬名)
- 3) 食べ物で、じんましんや下痢をおこしたことがある (種類)
- 4) 洗剤、化粧品などにまけやすい (種類)
- 5) けいれん性の体質がある
- 6) 他の病院で治療中の病気がある

[高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、肝臓病、腎臓病、胃潰瘍、ぜんそく、緑内障、痛風
前立腺肥大、脳こうそく、骨粗鬆症、がん、婦人病、精神神経疾患、その他 ()]

- 7) 今までにかかった大きな病気 (風邪、下痢などは除く)

[]

- 8) 現在妊娠している (ヶ月)、出産予定日 (月 日)、産後 (ヶ月)、授乳している

- 9) その他特に医師に話しておきたいことがある []

ご来院のきっかけについてお尋ねします

家の近く、会社・学校の近く、インターネット、看板、知人の紹介、ご家族の紹介、病院・医院の紹介
ご紹介者お名前 _____ 病院・医院名 _____

来院手段：自家用車、タクシー、電車、バス、自転車、徒歩

他にご質問などございましたら、お気軽にスタッフまでお声かけください

