

**問診票**

診察日：令和 年 月 日

(医) 中村耳鼻咽喉科

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

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

その他の症状があれば簡単にお書き下さい (熱 °C)

[ ]

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 \_\_\_\_\_ 様 病院・医院名 \_\_\_\_\_

来院手段：自家用車、タクシー、電車、バス、バイク、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