

耳鼻咽喉科 問診票

年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。差し支えない範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

受診者氏名 (かかると)	ふりがな		○をつけてください		
			男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	歳
現住所	(〒 -)				
電話番号	自宅 ()	-	携帯 ()	-	
ご職業	身長	cm	体重	kg	体温 °C

●どのような症状がありますか？ □にチェックをしてください (いくつでもご記入ください)

◆ みみ (□右 □左 □両)

- 痛い
- かゆい
- 聞こえにくい
- ポーンとする
- 耳鳴りがする
- 耳だれが出る
- カサカサする
- 耳あかがある
- 耳がはれた
- 物をつめた

◆ はな (□右 □左 □両)

- 鼻水が出る
- 鼻がつまる
- くしゃみ
- 花粉症 (アレルギー性鼻炎)
- かゆい
- 鼻血が出る
- においがわからない
- 鼻がはれた
- 物をつめた

◆ のど

- 痛い
- 違和感・不快感
- 声がかれる
- せき
- たんがからむ
- かゆい
- 飲み込みづらい
- 内炎
- 味がわからない
- 顔・首がはれた
- 物が刺さった
- すぐむせる

◆ その他の症状

- めまい いびき 頭痛 目がかゆい 息苦しい 禁煙したい
- 顔の半分が動かしにくい その他 ()

・上記の症状はいつごろからですか？ 約 () 日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から

●治療中の病名ならびに今までかかったことのある病気があれば□にチェックをしてください

- なし 病名：□糖尿病 □高血圧 □胃・十二指腸潰瘍 □ぜんそく □脳梗塞 □心筋梗塞
- 癌 (がん) □ウイルス性肝炎 □緑内障 □その他 ()

●現在、内服中の薬があれば□にチェックをしてください

- なし 薬の種類：□糖尿病の薬 □高血圧の薬 □抗凝固剤 (血をサラサラにする薬) □ステロイド
- その他 ()

★お薬手帳や投薬袋など、わかる物をお持ちでしたら、一緒にお出しくささい

●薬の服用について、服用が困難な剤形があれば□にチェックをしてください

- 特になし 錠剤が飲めない 粉薬が飲めない

●薬・注射・食べ物で、湿疹 (じんましん)、かゆみ、はき気などの異常を感じたことがありますか？

- ない ある (薬の名前：)

●妊娠中あるいは授乳中であれば□にチェックをしてください □妊娠中 (カ月目) □授乳中

●いずれかにチェックをしてください タバコ：□吸う □吸わない / 飲酒：□する □しない

●御家族の中で高度難聴や癌の方はいらっしゃいますか？ おみえでしたら□にチェックをしてください

- いない いる：□高度難聴 □癌 □その他の病気 ()