

問診票 (年 月 日)

ふりがな
お名前: _____

住所: _____ 電話番号: _____

生年月日: _____ 年 月 日 (_____ 歳)

診察を受ける方がお子様の場合は体重を教えてください。(_____ kg)

①今日はどうされましたか？症状について教えてください。

●症状はいつころからですか？

(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) ヶ月前 (_____) 年前

●現在の症状に○をつけて下さい。

| | | | | |
|-----------|----------------|------------|-----------|-----------|
| 耳 (右耳・左耳) | 耳が痛い | 耳だれ | 耳がかゆい | 耳あか |
| | 聞こえない | 耳鳴り | 音が響く | 耳がつまる感じ |
| 鼻 | 鼻水・鼻漏 | 鼻づまり | くしゃみ・鼻かゆみ | 鼻出血 |
| | 花粉症 | アレルギー性鼻炎 | 副鼻腔炎 | においがわからない |
| 口腔・咽頭喉頭 | ノドが痛い | ノドの違和感・異物感 | 飲み込みにくい | できものがある |
| | 痰 | 咳 | 声がかれる | 首が腫れている |
| | 口内炎 | 舌が痛い | 味がわからない | |
| | 発熱 (_____ °C) | 頭痛・頬部痛 | 胃痛・腹痛・下痢 | めまい・ふらつき |

その他

[_____]

②現在治療中あるいは治療したことがある病気・手術などを教えてください。

[_____]

現在内服しているお薬を教えてください。お薬手帳をご提示頂いても構いません。

[_____]

③お薬や食べ物のアレルギーがある方は教えてください。

[_____]

④タバコを吸われますか？ いいえ / はい (1日に _____ 本 _____ 年間)

⑤女性の方 妊娠の可能性や授乳中の方は教えてください。(_____)

ご協力ありがとうございました。

片岡耳鼻咽喉科医院 院長