

# 問診表

記入日:西暦 年 月 日 光が丘耳鼻咽喉科医院

ふりがな

氏名 男・女 生年月日 昭・平・令 年 月 日 歳

住所 〒

電話番号 現在の体温 ℃, 体重(お子様のみ記入) kg

① 現在の当てはまる症状に○をつけてください。(複数回答で構いません。)

はな(両・右・左)	みみ(両・右・左)	のど	その他
はながでる	きこえにくい	のどが痛い	発熱・頭痛・悪寒
→さらさら・うみっぽい	耳だれがある	いがいがする	体のだるさ
はながつまる、くさい	耳が痛い	のどがかゆい感じ	めまい 嘔吐
くしゃみ・たん・せき	耳鳴りがある	声がかでにくい	なにか重い感じ
においがわからない	ふさがっているかんじ	声がかすれる	いびき
のどにたれこむ	耳あかがある	のみこみにくい	舌が痛い しびれる
鼻血がある		違和感・異物感あり	顔がしびれる・麻痺

その他の症状として、( )がある。

② 上記の症状は、いつからですか?( )頃から

③ 上記の症状で、他の病院に受診されましたか?

→ いいえ・はい 病院名( ) 治療内容( )

④ 今までに耳鼻科のご病気にかかったことはありますか?( )

⑤ アレルギー体質はありますか?(該当する項目に○をつけてください)

花粉症・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・食物や薬のアレルギーがある→( )

その他にあれば→( )

⑥ お薬手帳をお持ちですか? はい・いいえ

お持ちでない場合はお薬をご記入ください( )

⑦ コロナやインフルエンザ等もしくは他の感染症にかかったことはありますか?

→なし・あり( )頃に( )にかかった。

⑧ 今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか?(○をつけてください)

高血圧・糖尿病・高脂血症・前立腺肥大・痛風・緑内障・心臓病・脳梗塞 その他( )

⑨ たばこは吸ってますか? いいえ・はい ⑩飲酒はしてますか? いいえ・はい

⑫妊娠・授乳中ですか? いいえ・はい( 週目)・授乳中

☆ご相談ありましたらお気軽にどうぞ( )