

問 診 票

初めて受診される方、または、しばらくぶりに受診される方、この用紙に記入してください。
しばらくぶりの方は、前回いつ受診されましたか。 S・H・R 年 月 頃

ご住所 〒 _____ Tel _____

お名前 _____ 年齢 _____ 才 生年月日 S・H・R 年(西暦 _____)年 月 日
お子様の場合は体重を記入してください。 _____ kg

(1) どこが悪いですか？ 該当する症状に○をつけてください。

1) みみ (右 ・ 左 ・ 両方)

耳だれ 耳が痛い 耳つまり 聞こえにくい
耳がひびく 耳鳴り 耳がかゆい 耳あか

2) はな (右 ・ 左 ・ 両方)

あおばな 水ばな 鼻つまり くしゃみ
鼻血 鼻が痛い 鼻がかゆい においがしない

3) のど

のどが痛い 声がかすれる 痰がからむ 血痰がでる
咳がでる 食べ物がつまる 息がつまる 味がしない

4) めまいがする

5) 熱がありますか？ いいえ ・ はい _____ °C _____ 頃から

6) その他 (_____)

(2) いつ頃からその症状はありますか？

(_____)

(3) 今 治療中の病気は、ありますか？また、飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい (_____)

(4) 異常体質や薬、食べ物などのアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (_____)

(5) タバコ お酒は飲まれますか？

いいえ ・ はい タバコ 1日 _____ 本 酒量 _____

(6) 女性の方 妊娠していますか？ いいえ ・ はい (_____ カ月)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

治療等で女性ホルモン剤を飲んでいますか？ (_____)

(薬の飲み合わせがあります。差し支えなければ記入してください)

おかもと耳鼻咽喉科