

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 \_\_\_\_\_

ふりがな ( )

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せんか？ ( )

(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