

耳鼻咽喉科 問診票

記入日： 年 月 日

お名前（ ） 体重（ ）kg 年齢（ ）歳 ご職種（ ）
体温（ ）℃

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① 今日受診される**きっかけになった症状**は何ですか。

複数ある場合は、一番お困りの症状に◎をつけてください。

- ・みみ（右・左）（ 痛み 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳あか つまった感じ ）
- ・はな（ 鼻水 鼻がつまる 鼻血 鼻がにおう その他： ）
- ・のど（ 痛い 声がかすれる 空咳 痰のからむ咳 いびき 飲み込みにくい
鼻水（痰）がのどへ流れてくる その他： ）
- ・くび（ 腫れている グリグリが触れる その他： ）
- ・かお（ 動きにくい 腫れている その他： ）
- ・めまい（ ふらふらする ぐるぐる回る 目の前が真っ暗・真っ白になりそう ）
- ・その他相談したいこと等（ ）

② ①の症状はいつごろからですか？

（ ）から

お薬手帳や説明書を
お持ちでしたら
提出お願いします。

③ 現在治療中の病気や今までにかかった病気を教えてください。

- ・ない
- ・ある（高血圧 糖尿病 心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 腎臓病 肝炎 喘息
緑内障 前立腺肥大症

その他の病気：（ ）

（手術：病名 手術名 ）

④ 現在内服中のお薬はありますか。 **内容がわかる手帳等をお持ちでしたらご提出お願いします。**

- ・ない
- ・ある（内容： _____）

⑤ **血をさらさらにするお薬**（バイアスピリンやワーファリン等）を内服していますか。

- ・はい
- ・いいえ

⑥ **アレルギー**：局所麻酔の注射や、お薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。

- ・ない
- ・ある（お薬： _____、麻酔の注射、食べ物： _____）

⑦ 喫煙されますか。

- ・はい（1日__本を__年間）
- ・禁煙した（__歳頃禁煙。1日__本を__年間吸っていた）
- ・いいえ

⑧ お酒を飲みますか。

- ・はい（毎日、__日に1回程度、めったに飲まない）
- ・昔は大酒家
- ・いいえ

※はいの方⇒1日あたりどれくらい飲みますか？（ ）

⑨ 女性の方のみ

- ・妊娠（なし あり： 週）
- ・授乳（なし あり⇒お子様の月齢_____）

★ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。