

問 診 票（耳鼻咽喉科）

急に連絡が必要になることがありますので、携帯電話もご記入をお願いします。

フリカ ^ナ 氏 名	男・女	職業：	
生年月日（大・昭・平・令）	年	月	日（才）
住 所			
電話（ ）	—	携帯電話（ ）	—

（１）どんな症状ですか？（口の中にチェックを。最もつらい症状を○で囲んでください）

◎耳（右・左・両方）

- 耳が痛い
- 耳だれが出る
- きこえが悪い
- 耳がふさがった感じ
- 耳がかゆい
- 耳あか
- 耳鳴り
- めまい

◎鼻

- 花粉症
- 鼻水がでる
- 鼻づまり
- くしゃみ
- 鼻出血
- ニオイがわからない
- 鼻ののどにおりる
- いびきが大きい

◎のど

- のどが痛い
- せき
- たん
- 声がかすれる
- いがらっぽい
- 異物感、つかえ感
- よく扁桃腺がはれる
- 物が飲み込みにくい

その他（

）

（２）いつ頃からどのような経過ですか？（具体的にお書き下さい）

（３）今回の症状で、他院で治療を受けていましたか？ いいえ はい（病院名）

（４）現在ほかの病気で、病院にかかっていますか？
 かかっていない かかっている（病名）

（５）内服中の薬はありますか？ いいえ はい（薬名）

（６）今までに次の病気の治療や手術を受けたことがありますか？
 ない ある／ 中耳炎 副鼻腔炎（ちくのう） アレルギー性鼻炎 喘息
 アトピー 胃潰瘍 高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病
 肝臓病（ B型肝炎 C型肝炎） 輸血
 その他（）

（７）薬や注射で体に異常のあったことがありますか？
 ない ある（薬品名：）

（８）タバコをすいますか？
 すわない すう／1日 _____ 本 以前はすっていた／1日 _____ 本・ _____ 年間
お酒を飲みますか？
 のまない のむ／1日 _____ 本・たまに

（女性の方へ）

（９）現在、妊娠中ですか？ いいえ はい（妊娠 _____ 週） 可能性あり（最終月経：）

（１０）現在、授乳中ですか？ いいえ はい（生後 _____ ヶ月、1日 _____ 回）

◎ 当院を何でお知りになりましたか？

TVラジオ 知人より 家族が通院 看板 ネット その他（）