

### 耳鼻咽喉科問診票

ふりがな				生年月日
お名前	男 女	年 月 日 ( 歳)	12歳以下の方の体重 kg	
住所	〒			
電話番号	( )	携帯電話	( )	

■ 本日はどのような症状で受診されますか？チェックをつけて下さい。主なものは○で囲んで下さい。  
 耳 (□右 □左): □痛い □耳だれ □かゆい □耳あか □難聴 □耳がつまる  
 □耳鳴り→それはどのような音ですか？ ( )  
 鼻 □くしゃみ □鼻水がでる □鼻がつまる □匂いがしない □鼻水が喉に下がる □いびき □鼻血  
 のど □痛い □異物感 □飲み込みにくい □声がかれた □咳 □痰 □息苦しい  
 その他 □顔が腫れた □首が腫れた □□の中が痛い □発熱 °C  
 □頭痛 □頭重感 □めまい □顔面麻痺 □舌 ( ) □定期健診  
 上に当てはまらない場合はご記入下さい

■ 3週間以内に渡航歴はありますか なし ・ あり ( / ~ / 国: )

■ いつからですか? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前/午後 \_\_\_\_\_ 時頃より

■ 今回の症状で治療を受けたことがありますか?  
 □ない □ある どこで受けましたか? \_\_\_\_\_  
 どのような治療を受けましたか? \_\_\_\_\_  
 どの位の期間受けましたか? \_\_\_\_\_

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを ( ) にご記入下さい。  
 □喘息 ( 歳頃) □高血圧 ( 歳頃) □糖尿病 ( 歳頃)  
 □心臓病 ( 歳頃) □その他 (病名: )

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか?  
 □なし □あり 病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか?  
 □なし □あり 薬品名: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入して下さい。  
 薬品 □なし □あり ( )  
 食べ物 □なし □あり ( )  
 その他 □なし □あり ( )

■ たばこ □吸わない □吸う □過去に吸っていた  
 (1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)  
 アルコール □飲まない □飲む (種類: \_\_\_\_\_ 1回 \_\_\_\_\_ 杯、□毎日 □時々 □月2-3回)

■ 女性の方へ  
 妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ □ない □ある ( 月)  
 授乳中ですか？ □はい □いいえ

■ 個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書をご希望されますか？(院内のポスター参照)  
 □はい □いいえ

※ お電話で予約、順番取りをされている方は受付にお申し出ください。