

< 耳鼻咽喉科 問診票 >

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			男・女	体重(お子様のみ)	kg	
氏 名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒					—
電話番号	☎					

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

・ 症状はいつからですか？

本日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

・ 該当する症状にチェックを付けてください

耳 ☐ 耳が痛い ☐ 耳がかゆい ☐ 耳だれ ☐ 耳鳴り ☐ 聞こえが悪い

鼻 ☐ 鼻水(透明・色つき) ☐ 鼻づまり ☐ 鼻水が喉に流れてくる ☐ 鼻血

のど ☐ のどが痛い ☐ 飲み込みにくい ☐ 声がかれる ☐ 息が苦しい

☐ 咳がでる ☐ 痰がからむ ☐ におい、味がわからない ☐ めまい

☐ 花粉症 ☐ 舌下免疫の相談 ☐ いびき・睡眠時無呼吸の相談 ☐ 学校健診

☐ 発熱[今 . °C][最高 . °C] ☐ その他()

② 治療中の病気はありますか？ ある ・ なし

高血圧 糖尿病 高コレステロール 高脂血症 痛風 脳梗塞 胃潰瘍 花粉症

気管支喘息 心臓病 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 腎臓病 不眠症

甲状腺疾患 リウマチ その他()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ なし

()

④ お薬手帳はお持ちですか？ ある ・ なし ・ 本日忘れ

⑤ お薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ある ・ なし

()

⑥ (女性の方へ)現在、妊娠・授乳はされていますか？ 妊娠中 ・ 授乳中

※ご記入ありがとうございました。問診票は受付にお戻し下さい。