

問診票

リ-耳鼻咽喉科

ふりがな
氏名 _____ 年 月 日 (男・女) 年齢 (才) 体重 () kg

住所 _____ 電話 _____ 職業 _____

たいせつなお身体を、おあずかりする私共にとって、診断に必要な事ですのでご記入をお願いします。

・今迄に耳鼻科を受診されたことは (ある ・ない)

・今日は、どこの具合が悪くて来院されましたか？

みみ { ・痛い ・かゆい ・耳だれ ・聞こえにくい ・耳なり ・ふさがった感じ ・耳あか ・その他
・それはいつからですか？ ()
※今までに中耳炎になったことは (ある ない)

はな { ・はなが出る ・つまる ・のどに流れる ・くしゃみ ・痛い ・鼻血 ・においがわかりにくい ・その他
・それはいつからですか？ ()

のど { ・痛い ・声がかすれる ・せき ・たん ・異和感 ・不快感 ・その他
・それはいつからですか？ ()

めまい いつからどんな症状ですか？ ()

かぜ いつからどんな症状ですか？ ()

その他 ()

・今までにかかった病気は (ある ない) 病名 ()

・手術 (ある ない) 手術名 () ・抜歯 (ある ない)

・現在、他の病気は (ある ない) 病名 ()

・現在、他の病・医院にもかかって (いる (耳鼻科・他科) いない)

・現在服用している薬は (ある ない) 薬剤名 ()

・お薬手帳はお持ちですか (ある ない)

・今までに薬、注射等で副作用を起こしたことは (ある ない) ・薬品名 ()

・アレルギーが (ある ない) 食べ物 () 薬品 ()

・たばこ (すう すわない) ・薬で胃が悪くなる (なる ならない)

・女性の方 (妊娠している 可能性がある 妊娠していない) ・現在授乳 (している いない)

・服用できない剤型は (粉薬 水薬 錠剤 カプセル)

・紹介者がある方のみ () 様より

・当院はどこでお知りになりましたか (知人・インターネット・看板・町内地図・電話帳・近所 ・その他)

・その他、医師に話をしておきたいことがあれば ()