

耳鼻科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 ー					
電話番号						

どこが、どのように具合が悪いですか？当てはまる症状にチェックをつけてください。

- 耳 (耳あか 聞こえにくい 耳が痛い 耳がかゆい 耳鳴り 耳だれ)
 鼻 (鼻水 鼻づまり 鼻水がのどに流れてくる 鼻血 においがわからない
 花粉症、アレルギー性鼻炎)
 のど (のどが痛い 飲みこみにくい のどに何か詰まった感じがする 声がかれる、出にくい
 味がわからない、味がおかしい 痰がからむ)
 咳 熱 いびき、睡眠時無呼吸の検査、相談 めまい その他 ()

いつごろからですか？ ()

以下のなかで希望する検査がありますか？

- CT検査 アレルギー血液検査 めまい検査 睡眠時無呼吸検査 相談してから検討したい

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり ()

現在、治療中の病気はありますか？

- なし あり ()

現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし あり ()

喫煙、飲酒について教えてください

- 喫煙： 吸わない 吸う (本/日 × 年間)
 禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))

- 飲酒： 飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 知人 通りがかり その他 ()

※ご協力ありがとうございました。