

耳鼻咽喉科問診表

大人用 HP

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ

名前 _____ 男・女 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg


生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)


住所 〒 _____ - _____ 電話番号 _____



いつ頃から具合が悪いですか？

[_____]日前から [_____]ヶ月前から [_____]年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳鳴り[右・左] めまい
	耳だれ[右・左] 聴こえが悪い[右・左] 耳下の腫れ 耳あか 異物を入れた 補聴器外来を希望

	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない
	異物を入れた アレルギー性鼻炎 花粉症 急性副鼻腔炎

	痛い 咳 痰 違和感 声かれ 魚の骨が刺さった
	異物を飲み込んだ 口が乾く 口内炎 味がわからない

その他	熱がある _____ °C 頭痛がする 体がだるい 関節が痛い
	周囲で流行している感染症がある

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はチェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

ある ・ ない もしくは **該当するもの**に○をつけ
それぞれの詳細を記入してください。

耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ **ある ・ ない**
高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎 前立腺 腎臓病 緑内障 胃潰瘍
喘息 アトピー性皮膚炎 その他

過去に治療をした病気はありますか？ **ある ・ ない**
アレルギー性鼻炎 急性副鼻腔炎(蓄膿症) めまい症 メニエール病
難聴 扁桃炎 その他

現在服用しているお薬はありますか？ **ある ・ ない**

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）

症状

・ ない

女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ はい 現在 週 ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

その他なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

既往歴など

当院をなにで知りましたか？

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介
他院からの紹介（病院名 ） ・ その他