

耳鼻いんこう科 問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

①どのような症状で受診されますか？

耳(□右 □左): □痛い □かゆい □詰まった感じ □聞こえにくい □耳なり
□その他()

鼻 : □くしゃみ □鼻水(□透明 □色がついている) □鼻づまり □鼻血
□鼻水がのどへ流れる □その他()

のど : □痛い □違和感 □飲み込みにくい □声がすれ □咳 □痰
□その他()

その他 : □首が腫れた □□の中が痛い □発熱 _____℃ □頭痛 □めまい
□その他()

②いつからですか？()

③今回の症状で治療を受けたことがありますか？

□なし □あり どこで受けましたか？ ()
どのような治療を受けましたか？ ()

④今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

□喘息 □高血圧 □糖尿病 □心臓病 □緑内障 □甲状腺 □アトピー
□胃炎 □排尿障害 □その他()

⑤今までに手術の経験はありますか？

□なし □あり 病名:()
いつ頃:()

⑥現在飲んでいる薬はありますか？

□なし □あり 薬品名:()

⑦薬品や食物などのアレルギーはありますか？

□なし □あり()

⑧女性の方へ

現在妊娠している可能性はありますか？ □なし □あり _____W □未確定
授乳はされていますか？ □なし □あり

⑨当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

□インターネット検索 □家族が受診している □家が近い □家族や親戚に聞いて
□友人に聞いて □ホームページ □看板 □医療機関からの紹介 □職場の紹介
□その他()