

まっばら耳鼻咽喉科問診表

令和 年 月 日

ふりがな

ID: _____

お名前: _____ 男・女 体温: _____ °C

生年月日: _____ 年 月 日(_____ 歳 カ月) 体重: _____ kg

住所: _____

電話番号: _____ 学校名・勤務先: _____

① 今日受診されるきっかけとなった症状を○で囲んでください。

複数ある場合は一番お困りの症状に◎を付けてください。

耳: (右・左) 痛み 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳垢 こもっている

鼻: 鼻水 鼻づまり 鼻血 鼻がにおう アレルギー においがわからない

_____ 目がかゆい アレルギー検査希望 舌下免疫療法希望 レーザー治療希望

のど: 痛み 声のかすれ 咳 痰がからむ 飲み込みにくい いびき 口内炎

_____ 味がわかりにくい

くび: 腫れている ぐりぐりをふれる

かお: 動きにくい 腫れている

めまい: ふうふうする ぐるぐるまわる 目の前がまっくらになる

その他相談したいこと等(_____)

② ①の症状はいつ頃からですか (_____)から

③ 現在治療中の病気や今までにかかった病気を○で囲んでください。

高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管障害 肝臓病 腎臓病(透析あり) 悪性腫瘍

胃十二指腸潰瘍 喘息 緑内障 結核 その他(_____)

④ 現在内服中のお薬はありますか。お薬手帳等をお持ちでしたら受付に提出してください。

なし あり 糖尿病の薬 高血圧の薬 抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)

ステロイド その他(_____)

⑤ 麻酔の注射や、お薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。

はい・いいえ

お薬、食品の名前(_____)

⑥ 喫煙されますか。 吸わない 後 _____ 年 吸う _____ 本/日 _____ 歳から

⑦ お酒を飲みますか。 飲まない 飲む _____ ml 本/日

⑧ 小児の方へ 薬は1日2回希望 粉薬はのめない 液体はのめない 錠剤希望

⑨ 女性の方へ 妊娠授乳中ですか 妊娠中(_____ 週) 授乳 なし・あり

⑩ 診察上のご希望はありますか してほしいこと、してほしくないことなど

(_____)

★ご協力ありがとうございました。