まつばら耳鼻咽喉科 問診表

ID：　　令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭 平・令　年　月　日	体重（15歳未満の方） kg
氏名			年齢	（　歳　ヵ月）	
住所	〒				体温 ℃
電話番号		学校・職業名			

●症状はいつごろからですか？　（　　）

●今日受診されるきっかけとなった症状にチェックを入れてください。

耳　□（左・右）痛み　□（左・右）耳だれ　□（左・右）聞こえにくい
　　□（左・右）耳鳴り　□（左・右）耳垢　□（左・右）こもっている
鼻　□ 鼻水　□ 鼻血　□ アレルギー　□ 鼻がにおう
　　□ 鼻づまり　□ においがわからない　□ くしゃみ
目　□ 目がかゆい
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　□ ふらふらする　□ ぐるぐるまわる　□ 目の前がまっくらになる

□ 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

●その他ご希望はありますか？

（　　）

●現在治療中の病気や今までにかかった病気はありますか？

□ なし
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脳血管障害　□ 肝臓病　□ 腎臓病（透析あり）　□悪性腫瘍
□ 胃潰瘍　□ 十二指腸潰瘍　□ 喘息　□ 緑内障　□結核
□ その他（　　）

●ご家族の中で病気経歴はありますか？

□ なし
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脳血管障害　□ 肝臓病　□ 腎臓病（透析あり）　□悪性腫瘍
□ 胃潰瘍　□ 十二指腸潰瘍　□ 喘息　□ 緑内障　□結核
□ その他（　　）

●現在服用中のお薬はありますか？お薬手帳をお持ちでしたら受付に提出してください。

□ なし　□ あり

●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？

□ なし　□ あり　お薬、食品の名前（　　）

●喫煙されますか？

□吸わない　□ 吸う　（1日に　　本）

●お酒を飲みますか？

□飲まない　□飲む

●小児の方へ

□薬は1日に2回希望　□粉薬希望
□液体希望　□錠剤希望

●女性の方へ

□妊娠中（　　週目）　□授乳中