

# 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 どので受けましたか？ ( )  
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( )