

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

No.

生年月日

お名前 様 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒 ー
ご住所 ご職業 体重 kg(12歳以下の方)

電話番号

受付記入欄

<ご自宅>

<携帯>

① 今日はどうなさいましたか。症状に○をつけてください。

耳 ○をつける↓ (右 左 両耳)	耳が痛い 耳だれ 耳がかゆい 耳がつまる 聞こえづらい 耳鳴り 耳がはれている その他【 】
鼻	花粉症 鼻水(透明・黄色・緑色・粘性)がでる 鼻水がのどに落ちる 鼻がつまる くしゃみ(目の奥・ほお)が痛い においがわからない 鼻血が現在(出ている・止血) アレルギー検査(血液検査)希望(6歳以上対象) 舌下免疫療法のご相談(.....) その他【 】
のど	のどが痛い(軽度・中等度・唾液を飲みこむと痛い・飲食困難) 息が苦しい 声がでない せき(軽度 重度 長引く) たん のどの違和感 のどがつかえる 扁桃腺がはれている その他【 】
くち	口内炎 味がわからない 舌が痛い 歯が痛い その他【 】
その他	頭痛 めまい(グルグル・フラフラ) 吐き気 首がはれている 顔が動かない(顔面神経麻痺) 高熱がでた(いつ / °C) 感染症の疑い(コロナ インフル その他) その他【 】 ご相談【 】

② 上記の症状についてお伺いします。

◇いつ頃からですか? ()日前から ()週間前から ()カ月前から ()年前から

◇治療を受けましたか?

いいえ はい → 【 いつ 医療機関名 治療内容 】

③ 現在飲んでいる薬、注射はありますか?

いいえ はい → お薬手帳は医師にお見せください。 お持ちでない方は、下記へお書きください。

【 薬の名前 】

④ 薬や食物のアレルギーがありますか?

いいえ はい → 【 薬、食物の名前 】

⑤ 手術の経験(耳鼻科を含む)がありますか?

いいえ はい → 【 内容 】

⑥ 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか?

いいえ はい → 以下に○をつけてください。 その他の病気【 】

高血圧症 糖尿病 緑内障 喘息 前立腺肥大 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 がん

⑦ お酒をのみますか? いいえ はい ⑧ 喫煙されますか? いいえ はい

⑨ 女性の方へご質問します。

◇妊娠していますか? いいえ はい【妊娠 週】 可能性がある 妊活中である

◇現在、授乳中ですか? いいえ はい

★ ご記入ありがとうございました。上記の情報は診療の範囲のみで活用し、当該目的以外には使用いたしません。

医療法人社団 泰陽会 本八幡耳鼻咽喉科