

はたけやま耳鼻咽喉科 問診票

ID:

受診日: 年 月 日

ふりがな		生年	明治	大正	昭和	平成
氏名		月日	年	月	日生	歳
		身長	cm	体重	kg	
住所	〒	電話	(自宅)			
			(携帯)			

☆今日はどうされましたか？ あてはまるものに○を付けてください

耳 痛い・かゆい・耳だれ・耳鳴・つまる・きこえにくい・響く・耳あか・  
(右・左) その他( )

のど 痛い・せき・たん・せき・声が出にくい・つまる・その他( )

鼻 鼻水(透明・白・黄色)・鼻づまり・くしゃみ・鼻血・かゆい・においがしない・  
その他( )

その他 めまい・首の腫れ、違和感・口、舌の異常・いびき・発熱・その他( )

☆それはいつからですか？また、上記症状を詳しく教えてください

いつから: 日前から

症状:

☆薬で副作用が出たことがありますか？

ない・ある 薬の名前: 症状:

☆今までにかかった病気や手術をしたことありますか？

蕁麻疹・喘息・心臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧・その他( )

現在治療中の病気 ない・ある( )

現在服用中の薬 ない・ある( )

☆生活習慣について

タバコ 吸わない・吸う( 本/日)・以前吸っていた( 本/日 年前より禁煙)

お酒 飲まない・飲む( 日/ml)

☆女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？

妊娠していない・している( ヶ月)・可能性あり・授乳中

☆当院をどのようにお知りになりましたか？

看板・インターネット・口コミ・他院紹介・大和高田市立病院・奈良医大  
大家族来院・近所に住んでいる・その他( )