

# はたけやま耳鼻咽喉科 問診票

ID

受診日: 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
名前				年	月	日	歳
住所	〒	身長		cm	体重		kg
		TEL	自宅				
携帯							

今日はどうされましたか？  
○をつけてください。

5日以内に発熱はありますか？	なし・あり
いつ	体温 °C
周りに感染症の方はいませんか？	なし・あり( )

耳 (右・左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> <li>耳掃除希望</li> <li>耳が痛い</li> <li>かゆい</li> <li>耳だれ</li> <li>聞こえにくい</li> <li>耳鳴</li> <li>めまい</li> <li>耳詰まる感じ</li> <li>耳の下腫れてる</li> <li>首が腫れてる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>鼻づまり</li> <li>鼻水</li> <li>くしゃみ</li> <li>かゆい</li> <li>鼻水がのどに流れる</li> <li>においがしない</li> <li>鼻血(右・左)</li> <li>アレルギー検査希望</li> <li>頭痛</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>のどが痛い</li> <li>声がかれる</li> <li>声が出にくい</li> <li>咳・たん</li> <li>のどつまる感じ</li> <li>のど違和感</li> <li>息苦しい</li> <li>いびき・睡眠無呼吸</li> <li>倦怠感</li> </ul>

いつから症状ありますか？	本日 ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前
その他の症状	
治療中の病気はありますか？	・高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病( )・じんましん・ぜんそく ・肝臓病( )・腎臓病( )・緑内障・その他( )
服用中のお薬はありますか？	なし・あり      ありの方 ※投薬中の方はお薬手帳をご提出ください。
お薬の副作用はありますか？	なし・あり      ありの方
嗜好品について	タバコ      吸わない・吸う( 本/日)・以前吸っていた( 年前より禁煙)
	お酒      飲まない・飲む( ml/日)
女性の方へ	妊娠していない・している( ヶ月)・可能性あり・授乳中
ご来院のきっかけ	・看板・インターネット・口コミ・他院紹介( ) ・家族来院・家の近く・その他( )