

ひばりが丘耳鼻咽喉科 問診票

ふりがな.....

生年月日

お名前 _____ 男・女 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 歳)

〒 _____ 住所 _____

電話番号 <自宅> (_____) <携帯> (_____)

職業 _____ 体重 _____ Kg (12歳以下の方) _____ 現在の体温(熱のある方) _____ °C

1. 今日はどうされましたか。○をつけてください。一番困るものに◎をつけてください。

耳	耳が痛い	耳だれ	耳あかをとってほしい	耳がかゆい	聞こえない	
(右・左)	耳鳴り	ふさがった感じ	補聴器相談	その他 (_____)		
鼻	鼻水(透明・黄色・緑色)	鼻づまり	くしゃみ	鼻水がのどに垂れる	鼻血	においがわからない
	花粉症	アレルギー性鼻炎	アレルギー検査希望	その他 (_____)		
のど	のどが痛い	せき	痰	声がかれる	のどの違和感・つまった感じ	
くち	口内炎	味がわからない	できもの	その他 (_____)		
その他	めまい	ふらつき	いびき	睡眠時無呼吸検査希望	首がはれた	顔面神経麻痺
	(_____)					(_____)

2. 上記の症状について記入してください。

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

この症状について治療を受けましたか?

いいえ _____ はい (医療機関名 _____ 治療内容 _____)

3. 現在飲んでいる薬がありますか? (お薬手帳があれば受付にご提出ください。)

いいえ _____ はい (薬の名前 _____)

4. 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか? (ある場合のみ回答してください。)

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 喘息 肝疾患 腎疾患 緑内障 脳梗塞 脳出血

前立腺肥大 その他 (_____)

5. 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 _____)

6. 耳鼻科の手術の経験がありますか? いいえ _____ はい (内容 _____ 時期 _____)

7. 今まで歯科等で麻酔を使って具合が悪くなったことはありますか? いいえ _____ はい _____

8. お酒をのみますか? いいえ _____ はい (何を _____ 1日に _____ 位)

9. タバコをすいますか? いいえ _____ はい (1日に _____ 本くらい _____ 年間)

10. 女性の方: 妊娠の可能性がありますか? いいえ _____ はい (妊娠中の方 _____ ヶ月)

11. _____ 現在、授乳中ですか? いいえ _____ はい _____

12. 6歳以下の子に質問です。保育園等に通っていますか? いいえ _____ はい (託児所・保育園・幼稚園)に通っている。

13. 参考までに教えてください。当院に来院されたきっかけについて。

家が近い 家族の紹介 知人の紹介 クリニック前看板 ホームページ 地域紙 駅看板

その他 (_____)