

ほんじょう耳鼻咽喉科クリニック 問診票

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな	生年月日	明・大・昭・平
名前		年 ____ 月 ____ 日
(男・女)		(____ 才 ____ ヶ月)
住所 〒	電話番号	(_____)
	携帯電話番号	(_____)
熱がある場合	℃	体重 (小児のみ) kg

①本日はどうされましたか？

耳 (右・左)	痛い かゆい 耳だれ 腫れている 聞こえにくい 耳鳴り ふさがった感じ ひびく 耳垢 (耳掃除希望) めまい 他 (_____)
鼻	鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻づまり 鼻水がのどに流れる 痛い 花粉症の予防投与希望 アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 鼻掃除希望 鼻出血 (右・左) においがしない 他 (_____)
のど	痛い 腫れている 声がかれる 咳・痰 のどがつまる感じ のどの違和感 息がしにくい 飲み込みにくい いびき 睡眠時無呼吸 味が分からない

②その症状はいつ頃からですか？ _____

③その他、症状やお聞きになりたいことがあれば書いてください。 _____

④他の病気があれば教えてください。(○で囲んでください)

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 高脂血症 肝臓病 腎臓病

喘息 アトピー 胃潰瘍 前立腺肥大 緑内障 その他 (_____)

⑤現在、内服中の薬はありますか？ なし・あり (薬の名前; _____)

*お薬手帳や薬の説明書き (薬剤情報提供書) をお持ちの方は受付に提出してください。

⑥今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい・いいえ

薬品名 (_____) 食品名 (_____) いつ頃 (_____)

⑦嗜好品についてお答えください。 酒・ビール (1日 ____ 杯) タバコ (1日 ____ 本 / ____ 年)

⑧女性の方へ 現在妊娠中ですか？ (いいえ・はい ____ ヶ月) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)

⑨お子様へ 飲めないタイプの薬がありますか？ (何でも飲める 錠剤 カプセル 粉末 シロップ)

⑩どのような診療をご希望ですか？

- ・十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
- ・とりあえず、当面の症状を抑えて欲しい
- ・その他 (_____)

⑪医療費明細書の発行を 希望する・希望しない

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。

ほんじょう耳鼻咽喉科クリニック