

**本荘耳鼻咽喉科医院 問診票**

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな	生年月日	大・昭・平・令
名前  ( 男・女 )		年 月 日 ( 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 肝臓病 腎臓病 アトピー  
喘息 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; \_\_\_\_\_)

※ お薬手帳やお薬の説明書き(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今までにアレルギーを起こしたことはありますか？ いいえ・はい

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 ( )

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。

**本荘耳鼻咽喉科医院**