

問診票

未広町ヒライ耳鼻咽喉科

ID

ふりがな		男		大 ・ 昭 ・ 平	
氏名		・	生年月日	年	月
住所	〒			日	歳
電話番号				ご職業	
				体重	
				15歳以下のお子様	kg

★お熱はありますか？ ある（いつから / °C） ・ ない

★症状はいつ頃からですか？（症状が複数あれば、それぞれご記入下さい。）

【 】

★どのような症状ですか？ あてはまる症状に○をつけてください。

はな	痛い ・ 鼻水（透明 ・ 白色 ・ 黄色） ・ 鼻づまり ・ くしゃみ ・ 鼻血 においがわからない ・ 鼻がかたく ・ 鼻がのどにたれる
のど	痛い ・ せき ・ たん ・ 違和感 ・ 声が変わる ・ 息苦しい ・ 口がかたく 口内炎 ・ 味がおかしい ・ いびきをかく ・ 無呼吸 ・ むせる
みみ (右 ・ 左 ・ 両耳)	痛い ・ かゆい ・ 耳だれ ・ 耳あか ・ 耳を触ると痛い ・ 聞こえが悪い ・ 耳鳴り 耳がふさがっている感じ ・ 自分の声が響く ・ 自分の呼吸音がある
その他	めまい ・ ふらつき ・ 頭痛 ・ 体がだるい ・ 関節が痛い 学校検診や健康診断など耳鼻科を勧められた
上記にあてはまる症状がない場合はこちらにご記入ください	

★耳鼻科で手術歴はありますか？ ある（○をつけてください） ・ ない

副鼻腔炎（蓄膿症） ・ 中耳炎 ・ 扁桃腺 ・ その他（ ）

★耳鼻科以外で治療中の病気または既往歴はありますか？ ある（○をつけてください） ・ ない

高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 糖尿病 ・ 前立腺 ・ 腎臓病 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍
てんかん（けいれん） ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他（ ）

★内服中のお薬はありますか？ ある（お薬手帳を受付にお渡しください） ・ ない

※お薬手帳がない方はご記入ください（ ）

★今までお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？ ある（ご記入ください） ・ ない

【薬剤名 症状 】

★アレルギーはありますか？※花粉や食べ物など ・ ・ ・ ある（○かご記入ください） ・ ない ・ わからない

【 スギ ヒノキ ダニ ハウスダスト プタクサ ヨモギ ネコ 】

★女性の方へ ・ ・ ・ ・ ・ 妊娠中または授乳中ですか？

【はい 妊娠 週 ・ いいえ ・ 妊娠している可能性がある ・ 授乳中 】

★当院をどのようにお知りになりましたか？

- 1.インターネット（ホームページ / EPARK / Yahoo! / Google / 病院検索サイトなど）
2.チラシ広告 3.家族が通院している 4.知人の紹介 5.他院からの紹介 6.その他（ ）

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しください。