

No _____

問診票



あやせ耳鼻咽喉科

記入日： 年 月 日

フリガナ

お名前： _____ 男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日
() 歳

〒 -

住所： _____

電話番号： _____ () 体重 k g (小学生までの方)

※いつ頃から具合が悪いですか？ () 日前から () カ月前から () 年前から

※どのように具合が悪いのか○をつけてください 一番困るものには◎をつけてください

耳 (右 左)	耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 耳垢 聞こえない 耳鳴り めまい 補聴器相談 耳がふさがったかんじ
鼻	くしゃみがでる 鼻がでる (鼻水の色 緑 透明) 鼻がつまる においがわからない 鼻血がでる 花粉症 レーザー治療希望 舌下免疫療法 (スギ ダニ) 希望
のど	のどが痛い 痰がでる 咳がでる 声がかれる のどに違和感がある 食事がとりにくい
その他	目がかゆい 顎の下がはれている 耳の下がはれている 熱がある () °C いびき 頭痛

☆次の質問に該当する方はご記入ください

<input type="checkbox"/>	他院にて処方されている薬はありますか お薬手帳をコピーさせてください ある (薬の名前 _____)
<input type="checkbox"/>	いままでに薬で気分が悪くなったり 発疹やショックをおこしたりすることがありますか？ ある (薬の名前 _____)
<input type="checkbox"/>	卵、牛乳のアレルギーはありますか？ ある
<input type="checkbox"/>	耳鼻科以外の病気にかかったことはありますか？ 高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎 (B C その他) 結核 腎臓病 胃 十二指腸潰瘍 喘息 その他 (_____)
<input type="checkbox"/>	耳鼻科の手術を受けたことがありますか？ ある (_____)
<input type="checkbox"/>	今、妊娠していますか？ はい (_____) 週
<input type="checkbox"/>	授乳中ですか？ はい
<input type="checkbox"/>	タバコ (_____) 本数 / 日 アルコール (_____) 合 / 日
<input type="checkbox"/>	ご希望するお薬の形状 (錠剤 散剤 シロップ)
<input type="checkbox"/>	保育園児ですか？ はい