

ID

問 診 票

年 月 日

ふりがな

男

生年月日

明・大・昭・平・令

名 前

様

女

年 月 日 (歳)

〒

住所

電話

体重(中学生までの患者さん)

携帯

[Kg]

1、どのような症状で来院されましたか？

(右 耳 ・ 左 耳 ・ 両 耳)

耳

耳が痛い・耳だれがでる・耳がかゆい・耳あか・耳閉感・めまい・耳鳴り
聞こえにくい・その他 ()

鼻

鼻水・鼻づまり・くしゃみ・臭いが分からない・鼻血(右 ・ 左 ・ 両)

ほほが痛い(右 ・ 左 ・ 両) その他()

アレルギー検査の経験があれば結果をお教え下さい ()

口・のど

のどが痛い・痰がでる・咳がでる・声がかすれる・のどの違和感・のどがかゆい
息苦しい・味覚がおかしい・舌がしびれる その他()

くび

くびが腫れている・くびが痛い その他()

その他

補聴器希望・アレルギー性鼻炎検査希望・甲状腺検査希望・禁煙治療希望
熱のある方 ()℃ ()

2、それはいつからですか？

____ 日前 ・ カ月前 ・ 年前 ・ 分からない

3、これまでにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃・十二指腸潰瘍 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病
緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ 結核
その他 ()

4、現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある: 薬の名前 ()

※お薬手帳がございましたら、受付までご提出お願い致します

5、薬や食べ物で、体に異常がでたことがありますか？

ない ・ ある: ()

6、タバコを吸いますか？ いいえ ・ はい(1日 本 年間)・ 以前吸っていた(1日 本 年前まで)

7、女性の方へ

妊娠されていますか？ いいえ ・ はい :(カ月)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

8、熱のある患者さんへ

最近、海外へいかれましたか？

いいえ ・ はい

有難うございました

てらお耳鼻咽喉科