

高田馬場耳鼻咽喉科 問診票

ふりがな

生年月日

氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 大 ・ 昭 ・ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ 一 _____ 電話 _____ (_____) _____

体重(中学生以下) _____ kg

1、困っている症状に○を、一番困っている症状に◎を付けてください

みみ (右・左・両)	痛み かゆみ 耳だれ 耳あか 耳鳴り つまった感じがする 聴こえにくい 補聴器希望 めまい(ふわふわする・ぐるぐる回る)
はな (右・左・両)	くしゃみ 鼻みず 鼻づまり 鼻血 アレルギー性鼻炎 花粉症 においがしない いびき
のど (右・左・両)	痛み はれた感じ 違和感 せき たん 息がしにくい 声が出にくい 声がかすれる 味がしない いびき 睡眠時無呼吸
ほかの症状	顔の表情が動かない 耳の下のはれ 熱が高い(_____ 度) 花粉症予防 学校健診 その他(_____)

2、いつ頃からですか

今日 昨日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前 その他(_____)

3、この症状について、治療を受けたことがありますか はい (以下も記入) ・ いいえ

時期: _____ 医療機関: _____ 病名: _____ 治療内容: _____

4、今までによく効いた薬、効果が少なかった薬はありますか はい (以下も記入) ・ いいえ

効いた薬: _____ 効かなかった薬: _____

5、以下の病気や大きな病気にかかったことはありますか はい (以下も記入) ・ いいえ

高血圧 糖尿病 胃かいよう ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 結核 けいれん
心臓病 肝臓病 腎臓病 その他(_____) →治療内容(_____)

6、現在、治療している病気、飲んでいる薬はありますか はい(以下も記入) ・ いいえ

病名: _____ 治療内容 (お薬手帳があれば出して下さい): _____

7、薬や食べ物のアレルギーはありますか はい (薬・食物名: _____) ・ いいえ

8、お子さんへ

薬の形態の希望はありますか はい (こな薬・シロップ・錠剤・カプセル) ・ いいえ

9、大人の方へ

たばこ: 吸わない ・ 吸う (_____ 本/日 × _____ 年)

アルコール: 飲まない ・ 飲む (種類 _____ 量 _____ /日 × _____ 年)

10、女性の方へ

妊娠: していない ・ している (_____ ヶ月) ・ 可能性がある 授乳: していない ・ している

11、当院に来院されたきっかけについて

ホームページ・看板(電柱・当ビル・駅)・チラシ・くちこみ・郵便局ポスター・バスアナウンス・その他(_____)