

高田馬場耳鼻咽喉科 問診票(再診用)

氏名

体重(中学生以下のみ)

kg

※1. 1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか

いいえ・はい → 発熱した日(/)~(/)まで 最高体温(℃)

※2. 周囲に感染症の流行はありますか

いいえ・はい → インフルエンザ・コロナ・溶連菌・アデノウィルス・かぜ・その他()

1. 診察を希望される症状に○をつけてください

みみ
(右・左・両)痛い かゆい 耳だれ 耳あか 耳鳴り つまった感じ 音が響く
聴こえにくい 補聴器希望 めまい できものはな
(右・左・両)くしゃみ 鼻水(水・白色・黄色) 鼻水がのどに落ちる 鼻づまり 鼻血
アレルギー性鼻炎 花粉症 目がかゆい においがしない 痛い できもののど
(右・左・両)痛い はれ 違和感 せき たん イガイガ かゆい 息がしにくい
声がれ 味がしない いびき 睡眠時無呼吸 魚の骨 できもの

ほかの症状

表情が動かない 首のはれ 口内炎 頭痛 倦怠感 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

いいえ・はい → 時期: 医療機関名:
病名: 治療内容:

4. 現在治療している病気、飲んでいる薬はありますか

いいえ・はい → 病名: 治療内容:

※お薬手帳があれば出してください(アプリの方は医師にご提示ください)

5. 【女性の方へ質問です】妊娠、授乳について

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

6. その他(アレルギー、薬の形態・回数の希望など)