

高田馬場耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ 氏名	性別 男・女	住所 〒	—
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	年齢 才	電話番号 — —	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・アデノウイルス・RSウイルス・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(キーン・ジー・ザー) つまった感じ 音が響く 聴こえにくい 補聴器希望 めまい(ふわふわ・ぐるぐる) 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(少・多・鼻水に混じる) アレルギー性鼻炎 花粉症 目がかゆい(コンタクト:あり・なし) 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. 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

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

いいえ・はい → 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(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)

いいえ・はい → 病名: 治療内容・薬品名:

7. 薬や食べ物のアレルギーはありますか

いいえ・はい → 薬: 食べ物:

8. 【お子さんへ質問です】薬の形態の希望はありますか

いいえ・はい → こな薬 シロップ 錠剤 カプセル

9. 【大人の方へ質問です】喫煙、飲酒について

たばこ 吸わない・吸う → (本/日) × (年)
アルコール 飲まない・飲む → (たまに・週()日・毎日)

10. 【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

11. 【皆さんに質問です】当院に来院されたきっかけについて

ホームページ・看板(当ビル・駅)・紹介(家族・知人)・くちこみ・郵便局ポスター・バスアナウンス・近所・その他()

12. その他に希望などあればご記入ください