

# 高田馬場耳鼻咽喉科 問診票（再診用）

氏名 \_\_\_\_\_

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 声が出しにくい 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

はい（以下も記入）・いいえ

時期: \_\_\_\_\_ 医療機関: \_\_\_\_\_

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

はい(以下も記入)・いいえ

病名: \_\_\_\_\_ 治療内容 : \_\_\_\_\_

5、その他(妊娠・アレルギーについて、薬の形態・回数の希望など)