

問診票

(フリガナ) ()		小児のみ 体重	kg
氏名	年齢	歳	体重
生年月日 M・T・S・H・R	年	月	日
住所	性別	男・女	勤務先
	電話	-	-
			学校名

- ① 今日は、どのような症状で来院されましたか。(該当するものに○強い症状に◎)
- 【耳】 耳が痛い (右・左) 耳だれ (右・左) 聞こえにくい (右・左) 耳閉感 (右・左)
 音が響いて聞こえる 耳がかゆい 耳垢 耳鳴り めまい
 ふらつき (立ちくらみ・ふらふらする) 頭痛 頭重感
- 【鼻】 鼻が出る 鼻が詰まる 鼻のどにおりる 鼻血 鼻がかゆい (眼もかゆい)
 くしゃみ においがしない 鼻を打った 頬が痛い 頬が腫れる 頭痛 花粉症
- 【のど咽喉類】 のどが痛い 声がかすれる 声が出にくい 痰 口が開けにくい
 ものがひっかかった (魚・その他:) のどにものがひっかかった感じがする
 のどにものができた感じがする ものが飲み込みにくい ものが飲み込めない
 味がない 舌が痛い 舌にものができた 舌の下が腫れる
- 【気管】 咳 息がしにくい 痰 血痰
- 【顔面・頬】 腫れる 痛い 頬を打った 顔半分が動かない ものができた
- 【その他】 ()
- ② いつ頃から症状がありますか。()
- ③ ほかの病院で診察を受けられましたか。(はい ・ いいえ)
 () 医院・病院 () 科
- 病名がわかりましたらご記入ください。()
- ④ 今日の症状以外で、現在治療中の病気がありますか。
 (ある・病名:) ・ない)
- ⑤ 現在、使用中の薬がありますか。
 (ある・薬品名:) ・ない)
- ⑥ 薬などのアレルギーがありますか。
 (ある: 抗生物質・鎮痛剤・その他:) ・ない)
- ⑦ これまでどのような病気をされたことがありますか。耳鼻咽喉科疾患 ()
 喘息 糖尿病 高血圧 腎臓病 心臓病 リウマチ 肝臓病 脳梗塞
 脳出血 血が止まりにくい病気 結核 その他 ()
- ⑧ これまでに手術を受けられた病気はありますか。(ある ・ ない)
 耳鼻咽喉科疾患 () 耳鼻咽喉科以外の疾患 ()
- ⑨ (女性のみ) 現在、妊娠中ですか。(はい ・ いいえ ・ わからない)
 現在、授乳中ですか。(はい ・ いいえ)
- ⑩ 今回の病気に関してお聞きになりたいことがありましたらお書きください。
 ()
- ⑪ ご紹介者がありましたらご記入ください。()

耳鼻咽喉科タハラクリニック

当院ではマイナンバーカード御利用により診療情報を取得し安全に医療をご提供できるように努めております