

【柏たなかファミリー耳鼻咽喉科 問診票】

| | | | | |
|---|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| ふりがな | 男・女 | 大昭平令 | ご住所 〒 | — |
| お名前 | | 年 月 日生 | | |
| 携帯 | — | — | 電話 () | — |
| 15歳以下のお子様 ※必須 | 体重 _____ Kg | 熱はありますか？ ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 | | |
| お薬のご希望があれば下記に○をつけて下さい。 (なし 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤) | | なし あり () 度 | ※解熱・鎮痛剤を使用されている場合 () 時頃に服用 | |

本日はどのような症状で受診されましたか？

※ 当てはまる所に ○印 もしくは ご記入下さい。

| 鼻 () 日前から | のど () 日前から | 耳 () 日前から | めまい () 日前から |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> サラサラした鼻水 ネバネバした鼻水 黄色い鼻水 鼻がつまる ニオイがよくわからない 鼻血が出る (右・左) | <ul style="list-style-type: none"> のどが痛い たんが出る せきが出る 声がかれる のどに違和感がある 魚の骨が刺さった | <ul style="list-style-type: none"> 耳が痛い (右・左) 耳だれが出る (右・左) 耳がかゆい (右・左) 聞こえにくい (右・左) 耳鳴りがある (右・左) 耳がつまる (右・左) 耳そうじ希望 | <ul style="list-style-type: none"> ぐるぐる回る めまい ふらふらする めまい めまいの時に下記の症状はありますか？ 聞こえにくい (右・左) 手足の麻痺 (なし・あり) 割れるような頭痛 (なし・あり) |
| その他の症状 | | | |
| 持病または今までになった病気はありますか？ なければ「なし」に○をつけて下さい。 | <ul style="list-style-type: none"> なし | <ul style="list-style-type: none"> 喘息 (現在治療中 / 以前治療していた) どちらかに○をつけて下さい。 けいれん 緑内障 前立腺肥大 糖尿病 肝疾患 (肝炎等) 高血圧 心臓病 腎臓病 その他 () | |
| 現在服用中のお薬があれば必ずお書き下さい。 | ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 なし ・ あり 薬名「 _____ 」 ・ お薬手帳あり | | |
| アレルギーをおこす物はありますか？ なければ「なし」に○をつけて下さい。 | ※お薬 (なし ・ あり) → (薬名 _____) ※その他 (なし ・ あり) → (具体的に _____) | | |
| タバコは吸いますか？ | ・吸わない ・吸う (1日 本) (年間 _____) ・やめた (_____ 年前) | | |
| 女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？ | ・していない ・妊娠中 (_____ 週) ・妊娠の可能性 (あり ・ 不明) | | |
| 女性の方へ (必須) 不妊治療されていますか？ | ・していない ・不妊治療中：現在妊娠の可能性 (なし ・ あり) | | |
| 女性の方へ (必須) 授乳されていますか？ | ・していない ・授乳中 | | |

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。