

# 耳鼻咽喉科問診票

No: \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(フリガナ)		男・女	住所 〒 _____			電話番号 _____	
患者氏名 _____ 様							
年齢	生年月日		職業	身長	体重(お子様)	体温(熱のある方)	
歳	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生		cm	kg	℃	
1. 診察を希望される場所はどこですか？ ○で囲んでください。							
<span style="font-size: 2em;">耳 鼻 のど 舌 口の中 めまい その他</span>							
2. 1. で気になる症状は何ですか？簡単に書いてください。（例：鼻水、耳のかゆみなど）							
( _____ )							
3. 症状はいつ頃からありますか？（例：3日前、2ヶ月前、1年前など）							
( _____ )							
4. この症状や病気で、他の医師の診察を受けたことはありますか？ あればお書きください。							
いいえ ・ はい ⇒ 診断(病名) [ _____ ]							
5. 今までに、大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか？ あればお書きください。							
いいえ ・ はい ⇒ 病気・手術 [ _____ ]							
6. 今、薬をのんでいますか？ またどんなお薬ですか？							
いいえ ・ はい ⇒ 薬の名前 [ _____ ]							
7. お薬や食物のアレルギーはありますか？ また、今までにお薬や食物で服作用がでたことはありますか？							
いいえ ・ はい ⇒ 薬の名前・食物名 [ _____ ]							
8. 当院ではジェネリック医薬品を取り扱います。該当するところに○をつけてください。							
ジェネリック医薬品を      希望する ・ どちらでもよい ・ 希望しない							
9. 喘息はありますか？ また、薬の副作用で喘息になったことはありますか？							
いいえ ・ はい ⇒ 副作用がでた薬の名前 [ _____ ]							
10. お酒をのむ方はお酒の種類と一日にのむ大体の量を教えてください。							
のまない ・ のむ ⇒ [ _____ ]							
11. タバコを吸う方は一日に吸う本数と吸っている年数を教えてください。							
吸わない ・ 吸う ⇒ _____ 本 × _____ 年							
12. 女性の方にだけお尋ねします。該当する項目があれば記入してください。							
妊娠中 ( _____ 週 ) ・ 妊娠の可能性 ( あり ・ なし ) ・ 授乳中 ( 生後 _____ ヶ月 )							

以上です。ご協力ありがとうございました。

耳鼻咽喉科みやざきクリニック