

耳鼻咽喉科問診票

患者氏名 (ふりがな)	男 ・ 女 様	年齢	生年月日		体温(熱のある方)	
		歳	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	℃	
		身長	体重	※ 携帯電話 (お持ちの方は必ず記入して下さい)		
		cm	kg	-	-	
住所 (〒 -)			自宅電話番号			
			- -			
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。						
耳 鼻 のど 舌 口の中 めまい その他						
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、右耳のかゆみなど)						
()						
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、薬をのんでいますか? またどんなお薬ですか?						
いいえ ・ はい <input type="checkbox"/> ←市販薬をお飲みの方はこちらにチェックを入れて下さい。						
⇒ 薬の名前 [_____]						
6. お薬や食べ物のアレルギーはありますか? また、今までにお薬や食べ物で副作用が出たことはありますか?						
いいえ ・ はい						
⇒ 薬の名前・食べ物名 [_____]						
7. 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 [_____]						
8. 下記の病名で該当するところがあれば○をつけてください。						
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> なし						
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。