

問診表



医療法人 SSC 天神耳鼻咽喉科

氏名： _____ 様

住所： _____

電話番号（携帯）： _____

保護者連絡先： _____（未成年の方のみ）

体重： _____ Kg（お子様のみ）

下記の事項にお答え下さい。本日の診察の参考にさせていただきます。

(1) 今日はどのように具合が悪くて受診されましたか。あてはまる症状に○をお願いします。

耳 (左・右)	耳が痛い・耳がかゆい・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか 耳のつまり感
鼻	鼻がつまる・鼻水・くしゃみ・鼻が喉に流れる・鼻がにおう においが分からない・【鼻出血・鼻が痛い・頬が痛い(左・右)】
のど	のどが痛い・咳・痰・のどの違和感・つまり感・声がかすれる・いびき
口	口の中が痛い・口の中が渇く・舌が痛い・口の中に何かできている 味がわからない
めまい	ぐるぐる回る・フワフワした感じ・吐き気
首	首が腫れている・耳の下が腫れている
その他	発熱 度・関節痛・悪寒がする・頭痛・その他 ()

(2) ● 今の症状はいつ頃から始まりましたか。

年 月 日 または、年 月 (上旬・中旬・下旬) 頃から

● 以前に同じ症状はありましたか。

ない・ある

● 今までどこかで治療を受けましたか。

いいえ・はい

(3) 現在、病気で（耳鼻科以外の病気も含めて）医院、病院にかかっていますか。

ない・ある

※お薬手帳ががあれば

ご提示ください

(4) 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？ ・特になし

①アレルギー性鼻炎 ②喘息 ③糖尿病 ④胃潰瘍 ⑤高血圧 ⑥心臓病

⑦緑内障 ⑧前立腺肥大 ⑨肝臓病 ⑩受けた手術 (_____ 術)

(5) 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方… 分かれば薬・食べ物の名前 (_____)

(6) 女性の患者様にお尋ねします。 妊娠 (有・無) 授乳 (有・無)

(7) 車の運転についてお尋ねします。 ・絶対必要 ・しなくてもよい

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。ご協力ありがとうございました。