

問診票（耳鼻咽喉科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo. _____

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	さま				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	年齢 満 歳
身長・体重	身長	cm		体重	kg
住所	〒 -				
電話番号	自宅 () -		携帯 () -		

① 今回はどのような症状で来院されましたか？

いつ頃からでしょうか？ 月 日頃から 来院時体温 () °C

耳(右・左)	鼻	のど	その他
<input type="checkbox"/> 耳掃除	<input type="checkbox"/> 鼻掃除	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 健診やドックで指摘
<input type="checkbox"/> 耳痛	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 声がかれる	→ <input type="checkbox"/> 当院で実施
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 声をだしにくい	→ <input type="checkbox"/> 他院で実施
<input type="checkbox"/> 耳垂れ	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 咳・たん	<input type="checkbox"/> めまいがする
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 喉に垂れる	<input type="checkbox"/> のどが詰まる	<input type="checkbox"/> 目がまわる
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	<input type="checkbox"/> 鼻血(右・左)	<input type="checkbox"/> のどの違和感	<input type="checkbox"/> アレルギー検査希望
<input type="checkbox"/> 耳の下の腫れ	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 息が苦しい	<input type="checkbox"/> 首が腫れている

② 上記の症状で、他院で診察や検査、治療を受けたことがあれば記入をしてください
 なし あり → ()

③ 今までに指摘された病気についてお聞かせください。

- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
 花粉症 アレルギー性鼻炎 メニエール病 突発性難聴 副鼻腔炎
 その他 ()

④ 今現在、服用中の薬はありますか？ なし
 ※お薬手帳があればご提出下さい。 あり → (薬品名:)

⑤ 過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を
 起こしたことはありますか？ なし あり ()

⑥ 現在の状態をお教えてください

食欲 (良 ・ 普通 ・ 不良) 睡眠 (良 ・ 不良) 便通 (日 回)
 飲酒 (ほぼ毎日 ・ 週に数日 ・ 機会があれば ・ 飲まない)
 喫煙 1日 本 年間 (以前禁煙されていた方は _____ 年前から禁煙) ・ 吸わない
 女性の方は・・・妊娠の可能性はありますか？ なし あり
 最終月経 月 日から ・ 閉経している

★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可

- 他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど
 DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介(紹介元:)
 その他 ()