

【南馬込おかばやし耳鼻咽喉科 問診票】



ふりがな	男・女	大 昭 平 令	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
		歳		
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)	来院前 () 度	今 () 度
			なし	ある
				解熱剤 () 時服用

※ 当てはまる所に ○印 もしくは ご記入下さい。

	耳 () 日前から	鼻 () 日前から	のど () 日前から
どのような症状で受診されましたか？	<ul style="list-style-type: none"> 耳がかゆい (右・左) 耳がいたい (右・左) 耳だれが出る (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) めまいがする 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻水(下記より選択して下さい) ① サラサラした鼻水 ② ネバネバした鼻水 ③ 黄色い鼻水 鼻がつまる コ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 いびき 甲状腺・頸部症状がある
めまいがある方は該当するものに○をつけて下さい	<ul style="list-style-type: none"> 手足の麻痺 難聴 (右・左) 割れるような頭痛 左記症状すべてなし 		
甲状腺・頸部症状がある方は該当するものに○をつけて下さい	() 日前から	<ul style="list-style-type: none"> 疲れやすい 暑がりやで汗をかきやすい 動悸、息切れがある 身体がだるく、やる気がでない 寒がりやで汗をかきにくい むくみやすい 薄毛 首にしこりを触れる 	
その他の症状			
持病または今までにかかった病気はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない 	<ul style="list-style-type: none"> 喘息 けいれん (歳の時 回) 緑内障 前立腺肥大 糖尿病 肝疾患 (肝炎等) 心臓病 腎臓病 その他 () 	
現在服用中の薬はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない あり () 		
アレルギーをおこす物がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない あり 	<ul style="list-style-type: none"> ※お薬 () ※食べ物 () ※その他 () 	
女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？	<ul style="list-style-type: none"> していない 妊娠中 (月) 	<ul style="list-style-type: none"> 不妊治療中：現在妊娠の可能性 (なし ・ あり ・ 不明) 	
女性の方へ (必須) 授乳されていますか？	<ul style="list-style-type: none"> していない 授乳中 		
タバコは吸いますか？	<ul style="list-style-type: none"> 吸わない 吸う (1日 本) (年間) 	<ul style="list-style-type: none"> やめた (年前) 	
当院をお知りになられたきっかけは？	<ul style="list-style-type: none"> ホームページ 駅看板 (桜並木通り 駅前 駅内) 電柱 近所だから 家族、親族 知人、友人 (お名前 様) 他の医療機関 (病院名) その他 () 		