

予約（無・有 → : ）

## 耳鼻咽喉科問診票

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

◎体重 [ . kg ] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 頃から

どのような症状ですか。

●耳 ( 右 左 両方 )痛い かゆい 耳だれ 耳鳴り 響く 聞こえにくいめまい ( ぐるぐる回る フワフワする )

●のど

痛い 咳 声枯れ 痰 内炎 飲み込みにくい むせる 味覚障害

●鼻

痛い かゆい 透明な鼻水 黄色い鼻水 鼻づまり 鼻血 鼻水がのどに来るくしゃみ 上記以外 ( )

2.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名： 症状：

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい → :

●現在服用中のお薬がある方は医師へお話下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

5. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 紹介 ( 知人 医療機関 ) 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ 5) ぱど 6) ちいき新聞  
7) 看板 8) 手配りチラシ 9) その他 ( )

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。睡眠時無呼吸検査：いびきや昼間の眠気、熟睡感がないなどの症状の方は、自宅で出来る簡易検査をおすすめします。アレルギー検査：血液検査によりアレルギー体質の診断を行います。(花粉・ハウスダスト・食物・動植物アレルギー検査等)聴力検査 補聴器外来 耳あか除去 めまい検査 その他 ( )

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。