

初めてのの方に(問診表)

※答えられる範囲内で結構です

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------|----------------|-------------|---|----------------|
| ふりがな | | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生 (満 才) |
| お名前 | | 男 女 | | | | |
| 住所 | 〒 電話() - 携帯電話 - - | | | | | |
| 15才以下の方は体重を記入してください (kg) | | | | 発熱のある方 (度) | | |

1. 今日はどうされましたか？ あてはまる症状の□に✓をつけてください。
複数✓をつけられた方は、一番つらい症状を○で囲んでください。

耳 (右・左・両方)

- 耳が痛い
- 耳から汁が出る
- 聞こえが悪い
- 耳がふさがった感じ
- 耳鳴りがする
- 耳がかゆい
- 耳あかを取ってほしい

鼻

- 鼻みず (黄色・白・透明)
- くしゃみ
- 鼻づまり (右・左・両方)
- 鼻がのどに降りる
- 鼻血 (右・左・両方)
- においがわからない
- 痛い (鼻・頬・頭)

のど

- のどが痛い
- 痛くて飲み込めない
- せき
- たん (白・黄・赤)
- つかえ感・異物感
- 声がかすれる
- 息苦しい
- 扁桃腺がはれる
- いびき
- 睡眠時の無呼吸

その他

- めまい
- 首がはれている
- 味がわからない

他の症状の方や、書き足りない場合は、具体的にお書き下さい。

()

2. 上記の症状はいつ頃から始まりましたか？ 今日、()日前、()週間前、()ヶ月前

3. 上記の症状で、他の医院や病院で治療を受けていたことがありますか？

- ない
- 現在受けている
- 以前に受けていたことがある (病医院名:)
- 治療されたことがある方は、分かる範囲でお書き下さい。(病名:)

4. 現在内服中のお薬はありますか？ (耳鼻科以外の薬や市販薬も含みます。)

- ない
- ある → 薬の名前が分かれば記入して下さい。

()

5. 今までに手術を受けたことはありますか？

- ない
- ある (どのような手術ですか？)
- (病院名:) (年前)

6. 現在治療中の病気や、以前にかかったことがある病気はありますか？

- ない
- 高血圧
- 糖尿病
- 喘息
- 緑内障
- 胃潰瘍
- 前立腺肥大
- アトピー性皮膚炎
- 肝炎
- 心臓病
- 脳卒中
- 結核
- その他 (病名:)

7. 今までに薬のアレルギーはありますか？

- ない
- ある (薬剤名:)

8. 女性の方に伺います。現在妊娠または授乳中ですか？

- いいえ
- 妊娠中 (週)
- 妊娠の可能性あり
- 分からない
- 授乳中

9. タバコは吸いますか？

- 吸わない
- 吸う → 1日 ___本 ___年間
- 以前は吸っていたが ___年前に禁煙した

ご記入ありがとうございました。

*当院では患者様の個人情報を厳重に管理致します。患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報を第三者に開示することはありません。

すずき耳鼻咽喉科