

問診表

(全部記入してください)

電話 _____

住所 _____

ふりがな _____

お名前 _____ 男・女 _____ 才 _____ 体重 _____ kg

どこがお悪いですか？ (○をつけてください)

耳(右・左)	鼻	のど
• 痛い	• 鼻みず	• 痛い
• かゆい	• 鼻づまり	• はれている
• 耳あか	• くしゃみ	• できもの
• 耳だれができる	• あおばな	• つまる
• 聞こえにくい	• 鼻血	• イガイガする
• 耳鳴り	• ニオイがわからない	• 声がかされる
• めまい		• せき
		• たん

その他の症状(熱の有無・眼のかゆみなど)	いつから具合が悪いですか
----------------------	--------------

- これまでに手術や抜歯を受けたことがありますか? なし あり
- これまでにかかった病気、現在治療中の病気に○をつけてください。
ぜんそく、心臓病、高血圧、腎臓病、肝臓病、糖尿病、けっかく、ろくまく、胃・十二指腸潰瘍、ちくのう、中耳炎、アレルギー性鼻炎、へんとうせん、脳卒中、アトピー、アレルギー性結膜炎、花粉症、その他()
- 現在のんでおられる薬はありますか? なし あり
- 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、じんましんが出たり、ショックをおこしたことはありますか? なし あり

痛み止め、カゼ薬、熱さまし、抗生素質(ペニシリンなど)、ピ林剤、麻醉薬、その他()

- 女性の方、妊娠の可能性はありますか? なし あり カ月 わからない
- たばこ: 1日 ___ 本、 ⚡ 酒、ビール、その他: 1日の量 ··· ___

 松永耳鼻咽喉科