# 耳鼻咽喉科・頭頸部外科　問診票

ID　　ー　　身長:　　cm　体重:　　Kg

ふりがな　　男　**生年月日**

**氏　名**　　女　大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）

**住所:**　　**電話番号:** （自宅）　（携帯）

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？　☐ なし　☐ あり(紹介元　　)

■ 今回どのような症状(耳・鼻・のど・その他)のため受診されましたか？　■ 本日の体温（　　度）

| 耳 | | | |
|---|---|---|---|
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 聞こえが悪い | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 耳鳴りがする | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 耳がふさがる | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 耳の下が腫れている | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 耳だれが出る | 月 | 日から |

上記以外の症状は下記に記入して下さい

| のど | | |
|---|---|---|
| のどが痛い | 月 | 日から |
| 呼吸がしにくい | 月 | 日から |
| 飲み込みにくい | 月 | 日から |
| のどが詰まる | 月 | 日から |
| 声がかれる | 月 | 日から |
| 咳・痰が多い | 月 | 日から |

| 鼻 | | | |
|---|---|---|---|
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 鼻が詰まる・くしゃみ<br>鼻水が多い | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 鼻血が出た | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 鼻に異物が入った | 月 | 日から |
| ( 右 ・ 左 ・ 両) | 顔が痛い・しびれる<br>におい・味が分かりにくい | 月 | 日から |

上記以外の症状は下記に記入して下さい

| その他 | | |
|---|---|---|
| めまいがする | 月 | 日から |
| 顔面が麻痺している<br>( 右 ・ 左 ・ 両) | 月 | 日から |
| 口の中のできもの | 月 | 日から |
| 花粉症 | 月 | 日から |

■ 耳鼻科以外の病気にかかったことはありますか？　☐ なし　☐ あり
高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝炎(B・C・その他) ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 胃・十二指腸潰瘍
喘息 ・ その他の病気(　　)

■ 現在治療中の疾患　☐ あり　☐ なし
※ ありの場合、下記に詳しく　(　　病院　　科)
疾患名(　　)

■ 過去に治療した疾患や受けた手術　☐ あり ※ありの場合、下記に詳しく　☐ なし

■ 飲んでいる薬　☐ あり　☐ なし

■ おくすり手帳　☐ あり　☐ なし　※ おくすり手帳持参の方は診察室で見せて下さい

■ アレルギー体質といわれたことがありますか？　☐ なし　☐ あり(種類:　　)
アレルギー検査をしたことはありますか？　☐ なし　☐ あり

■ たばこ　☐ 吸わない　☐ 吸う(1日　　本)　アルコール　☐ 飲まない　☐ 飲む　(1日　　ml)

■ 現在妊娠中ですか？　☐ はい　☐ いいえ　授乳中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

☆ 小児の方へ　飲めない薬のタイプがありますか?　☐錠剤　☐カプセル　☐粉薬　☐水薬

職員記載欄

| 新患 | 紹介 | 登録時間 | 担当 | 看護師 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |