

# 問 診 表

年 月 日

診察の参考にしますので該当するものに○印をまた（ ）内にご記入下さい。

お名前 年齢 歳

1) 今日はどうなお具合で来院されましたか？（複数記入で結構です）

耳： 聞こえ難い 耳鳴り 耳がつまる 耳が痛い（右・左）めまい

鼻： 鼻つまり くしゃみ 鼻みず（透明・汚れた）鼻血 においが分からない

のど： のどの痛み 咳き たん 声がれ のみ込みにくい

その他：

2) 今まで耳鼻科にかかったことはありますか

ない ある：病名 いつ頃

3) 耳鼻咽喉科以外でかかった病気をお尋ねします

ぜんそく じんましん アトピー 心臓病 高血圧 腎臓病 胸部疾患

肝臓病：B・C型肝炎 胃腸疾患 糖尿病 前立腺疾患 緑内障

その他

4) 薬（注射・のみ薬）で気分が悪くなったり薬まけを起こしたことはありませんか

ない ある：痛み止め 風邪薬 抗生物質（ペニシリン・マイシン）

その他

5) 常用薬（お医者さんで処方されている以外）はありますか

ない ある：頭痛薬 睡（入）眠剤 消化剤 その他

6) 通院中の方は病名と病院名を教えてください、また現在薬はのんでいますか？

はい いいえ

7) 手術を受けたことはありますか

ない ある：手術名 いつ頃 どこで

8) アレルギー検査を受けたことはありますか

ない ある：いつ頃（ 年 歳頃）どのような（皮膚反応・血液検査

その他）結果はどうでした（スギ花粉・ハウスダスト・その他）

9) ご婦人の方へ妊娠・授乳につきお聞きします

妊娠の可能性がある 妊娠中（ ヶ月） 授乳中（ ヶ月）

10) 喫煙は しない する 1日 本を（ ）年間

していた 1日 本を（ ）年前までの（ ）年間

有難うございました、しばらくお待ち下さい。

問診表は診療以外に使用いたしません。

ハザマ耳鼻咽喉科