

ID: \_\_\_\_\_

院内 \_\_\_\_\_ °C

初めて受診される患者様へ

**森中耳鼻咽喉科 問診表**

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな	男 ・ 女	大 昭 平 令	年	月	日	才
お名前 様						
ご住所 〒			電話番号 ( ) 携帯電話 ( )			
ご紹介者	ご職業		お子様の体重		kg	

※ 症状に○をつけてください。

耳 ( 右 ・ 左 )	鼻 ( 右 ・ 左 )	のど
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 耳あか</li> <li>・ 耳だれ</li> <li>・ 耳が痛い</li> <li>・ 聴こえにくい</li> <li>・ 耳鳴り</li> <li>・ 耳がつまる感じ</li> <li>・ 耳がかゆい</li> <li>・ めまい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鼻づまり</li> <li>・ 鼻水</li> <li>・ 色のついた鼻水</li> <li>・ 鼻水がのどに流れる</li> <li>・ くしゃみ</li> <li>・ 鼻血</li> <li>・ 頭痛</li> <li>・ においを感じない</li> <li>・ いびき</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ のどが痛い</li> <li>・ 声がかれる</li> <li>・ 乾いた咳</li> <li>・ たんがからむ咳</li> <li>・ たん</li> <li>・ のどがつまる感じ</li> <li>・ 異物感がある</li> <li>・ 味を感じない</li> <li>・ 発熱 _____ °C</li> </ul>

その他の症状があれば、簡単に記入してください

( \_\_\_\_\_ )

○ その症状はいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

○ 今までに次のご病気にかかったことがありますか？ ・はい ・ いいえ  
 ぜん息 アトピー性皮膚炎 花粉症 結核 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧  
 前立腺肥大 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 その他:

※ 熱性けいれんを起こしたことはありますか？ あり ・ なし (お子様のみ回答)

○ 注射、飲み薬、食べ物で発疹が出たり、ご気分が悪くなったことがありますか？  
 薬の名前、食べ物の名前などがわかれば記入してください。 ・ ・ ・ はい ・ いいえ  
 (ピリン系・抗生物質・麻酔薬など \_\_\_\_\_ )

○ 現在飲んでいるお薬はありますか？ ・ ・ ・ はい ・ いいえ  
 お薬手帳をご提示ください。お薬手帳をお持ちでなければお薬の名前を記入してください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

○ お酒、たばこ・生活習慣について

・アルコール : 飲む ・ 飲まない                      ・たばこ : 吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年) ・ 吸わない  
 ・水泳 : する (週 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 曜日) ・ しない                      ・車の運転 : する ・ しない

○ 女性の方へ

・現在妊娠していますか？                      はい( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ ・ わからない  
 (妊娠されてる方) 出産予定日はいつですか？                      月 \_\_\_\_\_ 日 予定  
 ・現在授乳中ですか                      はい ・ いいえ

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません  
ご協力ありがとうございました

**森中耳鼻咽喉科**