

前谷耳鼻咽喉科 問診票

平成 年 月 日

フリガナ
氏名

生年月日 (明治・大正・昭和・平成 年 月 日)
年齢 歳

住所 〒 —

電話番号 ()

メールアドレス

☆診察時の参考にいたしますので、次の項目についてご記入お願い致します。☆

- ※ 今までに薬を服用して、異常が出たことがありますか？ はい(薬剤名 _____ 症状 _____)・いいえ
- ※ 現在、薬を飲んでいますか？ はい(薬の名前 _____)・いいえ
- ※ 心臓病、腎臓病、肝臓病、糖尿病、高血圧、血液疾患や他の耳鼻咽喉科疾患などにかかったことはありますか？
はい(病名 _____)・いいえ

☆どのような症状ですか？該当する症状に☑をつけてください。☆

耳	(いつごろから) (右・左・両方) <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 耳だれが出る <input type="checkbox"/> 耳がかゆい <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 耳垢がたまっている <input type="checkbox"/> 耳に異物が入った <input type="checkbox"/> 自分の声が耳に響く <input type="checkbox"/> 耳が詰まった感じがする <input type="checkbox"/> その他()
鼻	(いつごろから) (右・左・両方) <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> ハナが出る(膿性・水様) <input type="checkbox"/> くしゃみが出る <input type="checkbox"/> 鼻血が出る <input type="checkbox"/> 鼻が痛い <input type="checkbox"/> 鼻がかゆい <input type="checkbox"/> ハナがのどに落ちる <input type="checkbox"/> ニオイがわかりにくい <input type="checkbox"/> 鼻に異物が入った <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()
口・のど	(いつごろから) <input type="checkbox"/> 口の中が痛い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> 口の中が腫れている <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 声がかれる <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 飲み込むと痛い <input type="checkbox"/> 飲みこめない <input type="checkbox"/> のどに違和感がある <input type="checkbox"/> ガンが心配 <input type="checkbox"/> のどに異物がつまった <input type="checkbox"/> いびきがひどい <input type="checkbox"/> 味がわかりにくい <input type="checkbox"/> その他()
その他の 症状	(いつごろから) <input type="checkbox"/> 顔面のゆがみ <input type="checkbox"/> 頬部が痛い <input type="checkbox"/> 頬部が腫れている <input type="checkbox"/> くびに腫れ物がある <input type="checkbox"/> 耳の下が腫れている <input type="checkbox"/> アゴの下が腫れている <input type="checkbox"/> くび全体が腫れている <input type="checkbox"/> のどに物が詰まった <input type="checkbox"/> その他()
味覚障害	<input type="checkbox"/> 味がしない <input type="checkbox"/> 急に味が薄く感じるようになった <input type="checkbox"/> その他()
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 人の声が聞こえにくい <input type="checkbox"/> その他()
嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 鼻がきかない <input type="checkbox"/> 変なおいがする <input type="checkbox"/> その他()

- ※ 上記の症状についてどこかで治療を受けましたか？ はい(何と言われましたか？ _____)・いいえ
- ※ お酒は飲みますか？ 飲む(1日平均 _____)・たまに飲む程度・飲まない
- ※ たばこは吸いますか？ 吸う(1日 _____ 本程度)・やめた(_____ 年前)・吸わない
- ※ 睡眠状態は？ 良好・不眠
- ※ 食欲はありますか？ ない・やや悪い・まあまあ・良い
- ※ 12歳未満の方へ 身長は？(_____ cm) 体重は？(_____ kg)
- ※ 女性の方へ 現在妊娠あるいはその疑いはありますか？ ある・ない ※授乳 ある・ない
- ※ 現在、発熱していますか？ はい(_____ °C)・平熱・あつたけど下がった
- ※ その他、何か相談したいことがありましたらご記入ください。(_____)