

《菅野耳鼻咽喉科 問診票》

フリガナ 男 生年月日
 お名前： 女 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒

住 所： _____ 職 業： _____

電 話： () _____ 体 重： _____ Kg (小学生までの方)

※いつ頃からぐあいが悪いですか？ () 日前から () ヶ月前から () 年前から

※どのように、ぐあいが悪いのか ○をつけてください。

いちばん困るものには◎をつけてください

耳： (右・左)	耳が痛い 聞こえない	耳だれがでる 耳なりがする	耳がかゆい めまい	耳あかをとってほしい 補聴器相談希望
鼻：	くしゃみがでる 鼻血がでる 舌下免疫療法希望	鼻がでる 花粉症	鼻がつまる アレルギー性鼻炎	においがわからない レーザー治療希望
のど：	のどが痛い のどに違和感がある	たんがでる のどがかゆい	せきがでる	声がかれる
その他：	目がかゆい 耳の下がはれている 熱がある ()℃			
	いびき 睡眠時無呼吸症候群検査希望			
	禁煙外来希望			
	()			

次の質問に該当する方はご記入ください

- 他院にて処方されている薬がありますか？
 なし ある (薬の名前： _____)
- いままでに薬で気分が悪くなったり、発疹やショックをおこしたりしたことがありますか？
 なし ある (薬の名前： _____)
- 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか？
 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 (_____)
- 耳鼻科の手術を受けたことがありますか？ なし ある (_____)
- 漢方による治療に興味がありますか？ (はい いいえ)
- いま妊娠していますか？ はい：予定日 年 月 日 (現在 ヶ月)
- 授乳中ですか？ はい：(ヶ月)
- タバコを吸いますか？ はい：(1日 本)
- この病院をどこで知りましたか？ (_____)