

問診票

かな

氏名

1) 本日はどういうことで来院されましたか？

◆耳	◆鼻	◆のど	◆口の中・舌・その他
(右・左・両方) ・痛い ・かゆい ・耳垂れ ・耳鳴り(ジー・キーン・ブー) ・聴こえが悪い ・詰まる感じ ・耳あか ・耳の下の腫れ ・めまい(ぐるぐる・ふわふわ)	・鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) ・鼻づまり ・鼻血(右・左) ・くしゃみ ・痛い ・においがわからない	・痛い ・腫れ ・声がれ ・違和感、異物感 (骨が刺さった) ・うまく飲み込めない ・むせる ・食事や水分が取れない ・息苦しい ・いびき、無呼吸 ・首の腫れ	・口内炎 ・できもの ・味覚がおかしい ・口が乾く ・舌があれてる ・顔面神経麻痺 ・頭痛 ・目がかゆい
◆その他			

2) いつ頃から症状は出ましたか？ 年 月 日ころから

3) 本日の症状で他の病院にかかりましたか？ いいえ・はい

はいの方、治療内容に○:投薬・注射・血液検査・レントゲン・聴力検査・鼓膜検査・ファイバー

4) 今までに耳鼻咽喉科で手術をうけたことがありますか？ いいえ・はい

はいの方該当に○:ちくのう症・中耳炎・鼓膜切開・扁桃炎・その他()

それはいつ頃ですか?()

5) 今までに重い病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい

(高血圧・腎臓病・糖尿病・喘息・心臓病・その他)

6) 今までに注射または薬、食べ物等でアレルギー症状が出たことがありますか？ いいえ・はい

はいの方、何で症状が出ましたか?()

7) 現在かかっている病気、持病、飲んでいる薬はありますか？ いいえ・はい

はいの方、お薬の名前をお願いします()

8) 下記該当や特記事項がありましたらお書きください。

妊娠中・授乳中・胃腸が弱い・神経質である

その他、気になる事があればお書きください。