

【いその耳鼻咽喉科医院 問診票】

診察券をお持ちの方は変更がなければ、お名前・性別・生年月日のみのご記入で構いません

ふりがな	男	大 昭 平 令	ご住所 〒 -
お名前	・	年 月 日生	
携帯 -	女		電話 -
15歳以下のお子様 ※必須			熱はありますか? ない場合は「なし」に○をつけて下さい。
体重 kg			来院前()度
お薬の希望があれば下記に○をつけて下さい。			今()度
(なし / 粉薬 シロップ 錠剤)			なし ある

※当てはまる所に○印 もしくは ご記入下さい。

	耳 () 日前から	鼻 () 日前から	のど () 日前から
どのような症状で受診されましたか?	<ul style="list-style-type: none"> ・耳がいたい(右・左) ・耳だれが出る(右・左) ・耳がかゆい(右・左) ・聞こえにくい(右・左) ・耳鳴りがある(右・左) ・耳がつまる(右・左) ・めまいがする 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻水(下記より選択して下さい) 1 サラサラした鼻水 2 ネバネバした鼻水 3 黄色い鼻水 ・鼻がつまる ・ニオイがよくわからない ・鼻血が出る(右・左) 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・たんが出る ・せきが出る ・声がかれる ・のどに違和感がある
めまいがする方は、該当するものに○をつけて下さい	<ul style="list-style-type: none"> ・右記症状すべてなし ・手足の麻痺 ・難聴(右・左) ・割れるような頭痛 		
その他の症状			
持病または今までになつた病気はありますか? なければ「ない」に○をつけて下さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・喘息(服用 なし・あり / 吸入薬 なし・あり) ・けいれん(歳の時 回) ・緑内障 ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・肝疾患(肝炎等) ・心臓病 ・腎臓病 ・その他() 	
現在服用中の薬があれば必ずお書き下さい。	ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 なし あり「 」		
アレルギーをおこす物がありますか? なければ「ない」に○をつけて下さい。	※お薬 (ない ある) → (薬名) ※食べ物(ない ある) → (食べ物) ※その他(ない ある) → (具体的に)		
女性の方へ(必須) 妊娠はされていますか?	<ul style="list-style-type: none"> ・していない ・妊娠中(ヶ月) ・不妊治療中: 現在妊娠の可能性 (なし ・ あり ・ 不明) 		
女性の方へ(必須) 授乳されていますか?	<ul style="list-style-type: none"> ・していない ・授乳中 		
タバコは吸いますか?	<ul style="list-style-type: none"> ・吸わない ・吸う(1日 本)(年間) ・やめた(年前) 		
当院をお知りになられたきっかけは?	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ ・看板 ・SNS() ・近所だから ・家族、親族 ・知人、友人(お名前 様) ・他の医療機関(医院名) ・その他() 		

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。