

受付番号

耳鼻咽喉科問診表

日付 年 月 日

下記の質問にご記入をお願いいたします。記入および測定にお困りの方は看護師までお申し出下さい。

* 付き添いの方の代筆でも結構です。

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男 ・ 女

熱: _____ °C 小児の方のみ 体重: _____ kg 職業: _____

1. 気になる症状を○で囲んでください。

- (1) 耳 (右) (左) 痛い ・ かゆい ・ 耳だれ ・ 聞こえが悪い ・ 耳鳴り
耳あか ・ ふさがった感じ
- (2) 鼻 鼻水 ・ 鼻水がのどにまわる ・ 痛い ・ 鼻づまり ・ 鼻血
- (3) のど 息苦しい ・ 痛い ・ 異常感 ・ せき ・ たん ・ 飲みこめない
- (4) 口 ・ 舌 口内炎 ・ 口がかわく ・ 味がしない ・ 痛い
- (5) めまい 聞こえが悪い ・ 耳鳴り ・ 手足のしびれ ・ 吐き気
- (6) 首のしこり ・ 顔のまひ
- (7) いびき ・ 無呼吸
- (8) 耳管通気希望 ・ 吸入希望

2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。

はい (市販の薬を使った ・ 他の病院にかかっている) ・ いいえ

3. 現在、何か薬を飲んでいますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方・・・わかれば薬の名前()
薬手帳をお持ちの方は見せて下さい。

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方・・・わかれば薬・食べ物の名前()

5. 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠中ですか はい (ヶ月) ・ いいえ 授乳中ですか はい ・ いいえ

* 紹介状はお持ちですか はい ・ いいえ

* 健康診断結果表はお持ちですか はい ・ いいえ

* 診断書・紹介状の作成希望はありますか はい ・ いいえ

(別途文書料金がかかります)

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びいたしますのでもう少しお待ち下さい。
この問診表は診療記録として保管させていただきます。(スキャナー項目:問診表にスキャナー保存)