耳鼻科問診票

記入年月日　　年　　月　　日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1．どのような症状で来院されましたか。
（該当するものに○を、一番困っているものに◎をつけてください）
右耳、左耳：【痛い・聞こえが悪い・めまい・耳鳴り・耳だれ・かゆい
音がひびく・耳がふたをされた感じ】
鼻　　：【鼻づまり・鼻汁・くしゃみ・鼻血・においがわからない
痛い・ほほがはれている】
口、のど　：【痛い・声がれ・息苦しい・異物感・何かできている・いびき】
その他　　：【頭痛・発熱・せき・たん・首が痛い・首のはれ
言葉がおそい・あご下のはれ・いつも口を開いている】
それ以外　：【　　】

2．それはいつ頃からですか。
【　　】月【　　】日より・【　　】日前・【　　】ヶ月前・【　　】年前

3．この症状のために治療をしていますか。
【している・していた・していない】
している、していたと答えた方　【病院名：　　】

4．この他に（耳・鼻・口・のど）の病気をしたことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】　このために手術を【した・しない】

5．今までに耳鼻科以外の重大な病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【手術名：　　】

6．現在治療中の病気、または服用中の薬はまありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【薬品名：　　】

7．今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【　　歳頃】　【薬品・食品名：　　】
【症状：　　】

8．ご家族の中で重大な病気やアレルギー性疾患のある方はいらっしゃいますか。
【いる・いない・わからない】
いると答えた方　【病名：　　】

9．嗜好品について教えてください。
たばこ　【吸う…　　本/日　　歳から・禁煙中…　　年間・吸わない】
お酒　　【毎日飲む・時々飲む　　回/月・飲まない】

10．特殊な金属や、化学物質を吸ったり、騒がしい所で働いていますか、または働いていましたか。
【はい・いいえ】
はいと答えた方【職業：　　】

11．その他お話しておきたいことがあれば簡単にお書きください。

12．女性の方のみ教えて下さい。　◆現在妊娠の可能性はありますか　【ある・ない】
◆現在授乳中ですか　【はい・いいえ】

13．過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？
【ある・ない】
あると答えた方　【渡航先：　　】【渡航期間：　　】

久我山病院