

若葉台みらいクリニック耳鼻科 問診票

| | | | | | | | |
|------|---|---|------|---|-----------------|----|----|
| ふりがな | | | | | 生 年 月 日 | | |
| お名前 | | | | | 西暦 年 月 日(歳) | | |
| 自宅 | — | — | 携帯電話 | — | — | 体重 | kg |
| 住所 | 〒 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|-------------|--|
| ①どのような症状ですか？ | | | | | 本日の体温 (°C) | |
| みみ | どちらの耳ですか (右・左) ・ 耳が痛い ・ 耳だれ ・ 耳あか 聞こえにくい ・ 耳鳴り ・ その他 () | | | | | |
| はな | 鼻がつまる ・ 鼻水が出る ・ 鼻血 (右・左) ・ その他 () | | | | | |
| のど | のどが痛い ・ 声がかれる ・ せきが出る ・ のどがつまった感じ その他 () | | | | | |
| その他 | めまい ・ 頭痛 ・ 口内炎 ・ その他 () | | | | | |

②いつごろからですか？

[]

③今まで大きな病気にかかったことはありますか？

| | |
|------|----|
| 病名 : | ない |
|------|----|

④現在、治療中の病気はありますか？

| | |
|--|----|
| 喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 腎臓病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ その他 () | ない |
|--|----|

お薬の名前：

→お薬手帳をお持ちの方：内服薬は書かずに問診票と一緒に薬手帳を受付へご提出下さい

⑤今まで薬や麻酔で、発疹や体調不良などのアレルギー症状を起こしたことはありますか？

| | | |
|------|-----|----|
| 薬剤名： | 症状： | ない |
|------|-----|----|

⑥女性の方へ：妊娠中またはその可能性はありますか？ 授乳中ですか？

[妊娠の可能性ある ・ 妊娠中 (週) ・ 妊娠していない / 授乳中]

⑦アレルギー性鼻炎でご相談される方へ：今までアレルギー検査を受けたことはありますか？

[ある ・ ない] ※「ある」に○を付けた方で結果をお持ちの方は受付にご提出下さい
※当院では、食物のみのアレルギー検査は取り扱っておりません

| |
|--|
| 当院を知ったきっかけに○をしてください |
| ホームページ ・ 通りがかり ・ 家族が通院している ・ 人から聞いて たかまつ耳鼻咽喉科にかかっている(診察券をお持ちの方は受付へご提出下さい) |