

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)
住所	〒 — —		体重	本日の体温 ※熱ある場合のみ記入
			Kg	℃
自宅	— —	携帯電話	— —	

該当するものに○をつけてください

症状はいつ頃から？	今日 ・ 昨日 ・ 一昨日 ・ () 日前 ・ その他 (頃から)			
本日の症状	みみ	右耳 左耳 両耳 痛い ・ かゆい ・ 聞こえにくい ・ 詰まった感じ ・ 耳だれ ・ 耳鳴り		
	はな	右鼻 左鼻 両鼻 鼻水(透明 ・ 色つき) ・ 鼻づまり ・ 鼻水が喉に流れる ・ 頬が重い ・ くしゃみ 鼻血(右 ・ 左) 鼻がかゆい ・ 舌下治療相談 ・ レーザー手術相談		
	のど	咳が出る ・ 喉が痛い ・ 痰が絡む ・ 声がれ ・ 喉の違和感 ・ 口内炎		
	その他	めまいがする(グルグル回る ・ ふわふわする) ・ 頭痛 その他 ()		

薬や麻酔で調子が悪くなったことはありますか？

はい	薬名 () 症状 ()	いいえ
----	---------------	-----

◎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？

妊娠の可能性がある ・ 妊娠中 (週) ・ 妊娠していない
授乳中 (ヶ月児) ・ 授乳していない

◎お子さまのみ

希望される薬の形状

錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ

現在治療中の病気は
ありますか？

喘息 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 緑内障 ・ 心疾患
前立腺肥大症 ・ 甲状腺疾患 ・ 肝機能障害 ・ 腎機能障害
心療内科系疾患 ・ その他 ()

いいえ

飲んでいるお薬は
ありますか？

手帳あり ・ 手帳なし ・ 手帳アプリ ・ 手帳忘れ

お薬手帳提出済

※お薬手帳お持ちの方は薬は書かずに問診表と一緒に受付にご提出下さい

すでに受付に提出されている方は
上記に○をつけて下さい

お薬の名前

いいえ

◎ダニや植物などのアレルギーでご相談される方へ : 今まで採血でアレルギーを受けたことはありますか？

ある	「ある」に○をつけた方で検査結果をお持ちの方は受付にご提出下さい。 ※耳鼻咽喉科では食物のみのアレルギー検査は取り扱ってません。	ない
----	---	----