

はたけやま耳鼻咽喉科 問診票

ID

受診日: 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和			
名 前				年 月 日 歳			
住所	〒	身長		cm	体重		kg
		TEL	自宅				
			携帯				

今日はどうされましたか？
○をつけてください。

5日以内に発熱はありますか？

なし ・ あり

いつ 体温 ℃

周りに感染症の方はいませんか？

なし ・ あり()

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
- 耳掃除希望 - 耳が痛い - かゆい - 耳だれ - 聞こえにくい - 耳鳴 - めまい - 耳詰まる感じ - 耳の下腫れてる - 首が腫れてる	- 鼻づまり - 鼻水 - くしゃみ - かゆい - 鼻水がのどに流れる - においがしない - 鼻血(右・左) - アレルギー検査希望 - 頭痛	- のどが痛い - 声がかれる - 声が出にくい - 咳・たん - のどつまる感じ - のど違和感 - 息苦しい - いびき・睡眠無呼吸 - 倦怠感

いつから症状ありますか？	本日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前		
その他の症状			
治療中の病気はありますか？	・高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病()・じんましん・ぜんそく ・肝臓病()・腎臓病()・緑内障・その他()		
服用中のお薬はありますか？	なし ・ あり	ありの方	
	※投薬中の方はお薬手帳をご提出ください。		
お薬の副作用はありますか？	なし ・ あり	ありの方	
嗜好品について	タバコ	吸わない・吸う(本/日)・以前吸っていた(年前より禁煙)	
	お酒	飲まない ・ 飲む(ml/日)	
女性の方へ	妊娠していない ・ している(ヶ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中		
ご来院のきっかけ	・看板・インターネット・口コミ・他院紹介() ・家族来院・家の近く・その他()		