

記入年月日

R 年 月 日

# 大倉山耳鼻咽喉科問診表 《新患用》



赤ペンで記入して下さい

ふりがな

お名前

性別 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(才)

体重 kg

ご住所

身長 cm

携帯電話

電話:

保育園・幼稚園

① どこが悪くて来ましたか : **一番困っているものに ◎ を付けてください**

右耳・左耳 : 痛い・かゆい・きこえが悪い・補聴器相談・めまい・耳なり・耳だれ・耳あか  
耳がつまった感じ・音がひびく(自分の声・外の音)・耳をさわる

鼻・顔 : 鼻づまり・鼻汁(透明・白色・黄色)・くしゃみ・鼻水がのどにたれる・鼻血  
顔の痛み(ほほ・鼻のつけね・おでこ)・においがわからない

口・のど : 痛い(軽い・強い)・食べにくい・飲食が全くできない・むせる  
声がかれる・異物感・何かできている・首のはれ・あごの下のはれ  
咳(空咳・痰からむ、軽い・強い)・痰(白色・黄色)・息苦しい  
いびき・無呼吸・いつも口が開いている・日中眠い

全身 : 発熱(月 日～ °C)・倦怠感・寒気・頭痛・関節痛・吐気・下痢  
(来院時 °C)

その他 :

**※めまい・耳鳴り・花粉症・アレルギー性鼻炎・いびき・睡眠時無呼吸が気になる方は専用の用紙にもお答え下さい**

② いつからですか 平成・令和 年 月 日より

③ このために治療をして(いる・いた・いない) 何処でですか

④ この他に(耳・鼻・口・のど)の病気をしたことが:(ある・ない)

病名 手術を(した・しない)

⑤ 耳鼻科以外の病気で入院または手術をしたことが(ある・ない)

年齢と病名 才

⑥ 耳鼻科以外で現在他の病気が(ある・ない)

病名

ある場合の使用中的薬

⑦ 薬の副作用が(ある・ない)

ある人は(内服薬・注射・外用薬)

薬の名前

症状(じんましん・ショック)

その他

⑧ 1日のタバコ

本位

飲酒量

⑨ 渡航歴(どこに、いつ帰国)

職業

⑩ 《女性の方に》 現在妊娠の可能性は(あり

ヶ月・ない)

⑪ これからうける診察にご希望があれば書いてください。

⑫ 当院をどこで知りましたか:

WEB検索・HP  病院紹介サイト  Google MAP

知人・家族の紹介  他院から紹介  近所  口コミ  その他

ご協力ありがとうございました。