

問診票

平成 年 月 日

フリガナ				つつみ耳鼻咽喉科
お名前	男	年齢	() 歳	
	女	体重	kg	※中学生未満の方
ご住所	〒	固定電話	()	—
	—	携帯電話	()	—

● どのような症状で受診されましたか？○印を付けて下さい。

耳の事で 痛い(右・左) かゆい(右・左) 耳だれ(右・左) 聞こえにくい(右・左)
耳がつまる(右・左) 耳鳴り(右・左) めまい・ふらつき 耳あか

鼻の事で つまる 鼻汁 くしゃみ においがしにくい・しない 鼻血(右・左)
頭が痛い・重い 花粉症予防 レーザー治療について

のどの事で 痛い(食事は取れる・取れない) せきが出る たん 声がかすれる
異物感がある 口内炎 いびき 味がわからない

その他 くびが腫れた・痛い 目がかゆい 吐き気
その他 ()

- いつからの症状ですか？ () 日前 () ヶ月前 () 年前
- 熱はありますか？ ない ある() °C 小学生以下の方：熱性けいれん なし あり
- 今、飲んでいる薬がありますか？ ない
ある 服用薬 _____
(お薬手帳は ある ない)

● 薬のアレルギーや気分が悪くなった事がありますか？

ない ある：その名前 _____

● 今までかかった事のある病気、現在治療中の病気があれば○印をつけて下さい

高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 胃潰瘍 高脂血症 前立腺肥大

心臓の病気 腎臓病 肝炎(B型 C型)

中耳炎 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎

がん() その他 ()

● 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ・不明・はい () 週 【予定日】

授乳中ですか？ いいえ はい

● 医師に相談したい事がありましたら記入して下さい

()