

# よだクリニック 耳鼻咽喉科 問診票

記載日： 年 月 日 ID: \_\_\_\_\_

ふりがな		生年月日
名前	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日、 歳 ( 歳 ヶ月 )
ご住所	〒 -	電話番号： ( ) 携帯番号： ( )
(お子様の場合は必ず記入して下さい) 体重 kg		ご職業：

① どのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○を付けて下さい。

耳 (右・左)	痛い、かゆい、耳だれ、聞こえにくい、つまる感じ、ひびく感じ、ゴソゴソ音がする 耳あかを取ってほしい、耳鳴り、他 ( )
鼻	くしゃみ、鼻水(水様・ねばい・黄色～緑色)、鼻づまり、むずがゆい、痛い、鼻血 鼻水がのどに流れる、ほほが痛い、においがしない、他 ( )
のど・首	痛い、せき、たん、飲み込めない、違和感・つまった感じ、声がかすれる 血痰がでる、しこりがある、他 ( )
口・舌	痛い、口が開かない、口が乾く、舌が痛い、味がわからない、口臭が気になる 出来物がある、他 ( )
めまい	ぐるぐるまわる、ふわふわする、吸い込まれる感じ、立ちくらみ、吐き気がする
その他	発熱、頭痛、関節痛、下痢、腹痛、発疹、水疱、耳の下が腫れる、顎の下が腫れる 顔のゆがみ、いびき・無呼吸、ガンが心配、アレルギーの検査希望 他 ( )

② いつから症状がでていますか？ ( 頃から ・ 日前から )

③ すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

・なし ・あり → (いつ： \_\_\_\_\_ どの病院： \_\_\_\_\_)

④ 今までにかかったことがある病気(治療中も含む)に○を付けて下さい。

熱性けいれん 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 緑内障 前立腺肥大  
糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳血管障害 手術歴 ( )

⑤ 現在、服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳をお出してください。

・なし ・あり → (薬の名前： \_\_\_\_\_)

⑥ 薬剤アレルギー・食物アレルギーはありますか？

・なし ・あり → (薬： 抗菌薬・鎮痛薬・麻酔薬・ \_\_\_\_\_、食物： 卵・牛乳・ \_\_\_\_\_)

⑦ たばこを吸いますか？ ・吸わない ・吸う → 本数：1日 本 ( ~ 歳 )

⑧ 飲酒の習慣はありますか？ ・飲まない ・飲む → 1日量：日本酒 ビール 焼酎 \_\_\_\_\_ ml・合

⑨ 女性の方はお答えください。

妊娠中ですか？ ( していない ・ 可能性あり ・ している ( ヶ月 ) )

授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

ご記入いただきました個人情報は、当院において適正に使用し、厳重に保管・処分いたします。