問　診　票

No.　　年　　月　　日

ふりがな	
お名前	
＊お子様の場合は体重のご記入をお願いします。(　　)kg	

【今日はどうなさいましたか？】

下記項目で該当する症状に〇印をおつけください

耳（右・左）	鼻（右・左）	のど
・耳が痛い ・耳だれが出る ・聞こえにくい ・耳がつまる ・耳鳴りがする ・耳あかが出る ・めまいがする	・鼻がつまる ・鼻水が出る ・くしゃみが多い ・臭いがよくわからない ・鼻血が出る ・鼻が痛む	・のどが痛い ・のどがつまる ・声がかれる ・せきが出る ・たんが出る ・いびきをかく

＊　その他の症状があればお書きください
（　　）

＊　いつ頃からですか
（　　日前から　　ヶ月前から　　年前から　）

次に、以下の項目にあてはまるものがあれば〇印をおつけください。

① 今までに薬を飲んで薬疹（じんましん）のような症状が出たことがある
〇をつけた方はどのようなお薬でしたか （薬名：　　）

② 注射をして気分が悪くなったり、症状が出たことがある
〇をつけた方はどのような注射、症状でしたか （薬名：　　症状：　　）

③ 現在妊娠している
〇をつけた方は妊娠何週目ですか （　　週目）

④ 現在授乳中である

⑤ 今までにかかった大きな病気に〇をつけてください （　　年前から　　年前まで）
・ぜんそく・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病・脳梗塞・脳出血
（その他の病気があればご記入ください　病名：　　）

⑥ 現在治療を受けている
〇をつけた方は病名をお書きください （病名：　　）

⑦ 現在飲んでいる薬がある　<u>※お薬手帳をお持ちの方は、診察室にて先生にお出しください</u>

⑧ たばこを吸う（1日　　本）　お酒を飲む（1日　　ml）

⑨ **3週間以内にご本人、またはご家族の方が県外・海外に行かれている**
〇をつけた方 （場所：　　期間：　　月　　日から　　月　　日まで）

⑩ **嗅覚や味覚に異常を感じる**

ご記入ありがとうございました

上條医院耳鼻咽喉科