

# 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○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○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  
○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  
○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  
○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○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  
○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 ※お薬手帳をお持ちの方は、診察室にて医師にお出してください

⑧ たばこを吸う(1日 本) お酒を飲む(1日 ml)

⑨ 2週間以内にご本人、またはご家族の方が海外に行かれている、行動歴に不安がある。  
○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