

# 耳鼻咽喉科外来問診票

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(記入された方は、呼鈴を押して外来看護師にお渡し下さい。)

(受診日) 平成 年 月 日

氏名 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 才

職業 体重 kg 体温 °C  
身長 cm

1. どこが悪いですか。(あてはまるものに○をつけてください。)

耳・鼻・のど・口の中・舌・顎関節・額  
首・めまい

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・症状 [ ]

・いつ頃からですか。 年 月 日 頃より

(突然起こった ・ だんだん起こってきた)

3. これらの症状はどのようなときに起こりますか。

4. これらの症状は、どのように変化してきていますか。

(変わらない ・ 悪くなっている ・ よくなっている)

5. これらの症状について他の病院・医院にかかりましたか。

1) かからない

2) かった 病院・医院名 ( )

病名 ( )

薬を (飲んでいる・飲んでいない)

医院・病院名 ( ) 病名 ( )

薬を 1) 飲んでいる 薬名 ( ) 2) 飲んでいない

6. 現在、ほかの病気で治療を受けていますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…病名 ( ) 病院・医院名 ( )

薬を (飲んでいる・飲んでいない)

7. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃ですか。

いつ頃

いつ頃

虫垂炎 ( ) 肝臓病 ( )

腎臓病 ( ) 心臓病 ( )

高血圧 ( ) 糖尿病 ( )

胃潰瘍 ( ) 喘息 ( )

その他 ( ) アトピー ( )

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 ( )

( )

9. 過去1ヵ月以内に海外渡航歴はありますか? なし ・ あり (国名 )

10. 女性の方のみ

妊娠中ですか (はい [ ] 月 ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますので、もう少々お待ちください。