

耳鼻咽喉科外来問診表

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

(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 ℃
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・その他 ()

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.これらの症状について他の病院や医院・クリニックにかかりましたか。

1)かからない

2)かかった 病院・医院名 ()
病名 ()
薬を 1) 飲んでいる 薬品名 ()
2) 飲んでいない

4.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 1) 飲んでいる 薬品名 ()
2) 飲んでいない

5.今までにかかった病気を○で囲んでください。

肝臓病 糖尿病 腎臓病 心臓病
高血圧 胃潰瘍 喘息 アトピー
その他 ()

6.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 ()

7.たばこを吸いますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…だいたい1日 () 本・ () 年ぐらい

8.アルコールは飲みますか。(はい ・ いいえ)

「はい」の方…1日 () 杯 ビール・日本酒・その他 ()

9. 過去1カ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 [] か月 ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

11. 今後、近隣の耳鼻科クリニックへの紹介を希望されますか? (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。

