

問 診 表

年 月 日

フリガナ：

氏 名： _____

生年月日： M.T.S.H 年 月 日 歳

住 所： 〒 _____

電 話(携帯)： _____

ご紹介者： (無・有)

1. 医師・患者さま (氏名： _____ 医院名： _____)
2. 友人・知人 3. 家族・親戚 4. インターネット 5. 広告

どのような症状でお困りですか。

耳 (左・右・両)	きこえにくい	つまった感じ	ひびく感じ	水が入った感じ		
	耳鳴	耳だれ	かゆみ	痛み	耳あか	
鼻	くしゃみ	鼻水(水様・黄色)	鼻づまり	鼻血	においがする・しない	
	できもの	痛み	花粉症の薬希望			
のど・舌	痛み	声がれ	せき	たん	何かあるような感じがする	
	魚骨などの異物	味がわからない	口内炎			
その他	めまい	いびき	歯痛	頭痛	ほほの痛み	眼の奥が痛い
	眼のかゆみ	顔面神経まひ	首のはれ	耳の下のはれ	痛み	熱がある

いつから症状がありますか。

日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

他院で治療を受けましたか。(はい、いいえ) 病医院名： _____

耳鼻咽喉科に関しての手術を受けたことがありますか。(ある、ない)
病名： _____ 病医院名： _____ 手術年月日： _____

何か病気(過去も含む)はありますか。(ある、ない)
糖尿病 高血圧 高脂血症 高尿酸血症(痛風) 喘息 胃潰瘍 胃炎
肝臓病 腎臓病 心臓病 結核 血が止まりにくい病気 その他：(_____)

現在、薬を飲んでいますか。(はい、いいえ) 薬剤名： _____

何かアレルギーはありますか。(ある、ない、わからない)
花粉： _____ ハウスダスト ダニ カビ 動物： _____
食物： _____ 薬： _____ その他： _____

緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか。(はい、いいえ、わからない)

男性の方： 前立腺肥大の指摘を受けたか、
または尿がでにくいなどの症状がありますか。(はい、いいえ)

女性の方： 現在妊娠中ですか。(はい 現在 ヶ月、いいえ、可能性あり、授乳中)

【お断りとお願い】

当院では、患者様の安全や取違え等の医療事故防止の為、お名前でお呼出させていただいております。