

耳鼻咽喉科問診票

平成 年 月 日

診察券番号 _____ 氏名 _____ 年齢 _____

体温 _____ 度 身長 _____ cm 体重 _____ kg

渡航歴（1か月以内） なし ある（国名 _____）

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

いつから（ _____ ）

どこが、どのようですか

耳が（ _____ ）

鼻が（ _____ ）

のどが（ _____ ）

その他（ _____ ）

○上記のことで他の病院へ行きましたか

行かない

行った（いつ _____ どこに _____ 内容 _____）

○以前にも同じような症状がありましたか

なし あり（いつ頃 _____ 病名 _____）

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ある（ _____ ）

現在 のんでいる薬がありますか ない ある

（薬の説明書があれば見せてください）

★初診の方のみ

◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか

ない ある（ _____ ）

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか（手術を含めて）

ない ある（病名 _____ 何歳 _____ 治療内容 _____）

◆ 食事はとれますか 普通 いつもより少ない 食べられない

◆ 喫煙について 吸わない 吸う（ _____ 歳から _____ 本数/日）

◆ 飲酒について 飲まない 飲む（ _____ 歳から _____ 量/日）

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ある（薬剤名 _____）

食物 ない ある（食物 _____）

◆ 処方はどちらを希望されますか 院内処方 院外処方

★女性のみ 月経はありますか ない ある（最終月経はいつですか _____）

閉経はいつですか（ _____ 歳）

妊娠の可能性 なし あり（現在 _____ ヶ月）

授乳中ですか はい いいえ