

問診票

浅香耳鼻咽喉科クリニック

ふりがな

来院時体温 () °C

お名前 _____ 生年月日 T/S/H/R 年 月 日 年齢 () 歳

住所 〒 _____

電話番号 (- -) (自宅・携帯電話・勤務先)

体重 (kg) ←15歳以下は必ず記入お願いします。

I. 本日はどのようなことで来院されましたか？またその症状はいつからですか？

a, 鼻 (両側 右 左) つまる くしゃみ 痛む 鼻出血 鼻水 (透明で水様 黄色で粘調 両方) その他 ()	前から
b, 耳 (両側 右 左) 痛む かゆい 耳だれ 聞こえが悪い 耳鳴り ふさがった感じ 耳あか その他 ()	前から
c. のど 痛む せき 痰がからむ いがらっぽい 声がかれる 違和感がある その他 ()	前から
d, その他 熱がある (度) だるい 頭痛 口内炎 首がはれている 回転性のめまい ふらつき 睡眠時無呼吸症候群 その他 ()	前から

II. **現在使用している薬**を教えてください (ない ある) (過去1週間以内に内服していた薬もお書き下さい)

現在使用(内服)中の薬	()	()	()
-------------	----------------	----------------	----------------

III. **今までかかったことのある病気**はありますか？ (ない ある)

喘息 胃・十二指腸潰瘍 糖尿病 高血圧 心臓疾患 肝臓疾患
腎臓疾患 緑内障 前立腺肥大 けいれん その他 ()

IV. 今までに**アレルギー (じんま疹や喘息発作など)**がありましたか？

ない ある (ある場合は出来るだけ詳しく書いて下さい)
食べ物 卵 牛乳 ()
薬・その他 ()

V. **たばこ**を (吸う 吸わない) **アルコール**を (毎日飲む 時々飲む 飲まない)

VI. **女性の方**にお聞きします 妊娠 (可能性がある・していない・している ___週目)
授乳 (している していない)

VII. **当院をお知りになったきっかけは？**

御紹介 近所・通りがかり
ホームページ 看板・チラシ
その他 ()