

問診表

ふりがな	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (男 女 才)
自宅住所 〒	
Tel ()	
当クリニックは耳鼻咽喉科になります	
<p>※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳（右・左・両方）が・・・痛い・痒い・聞こえづらい・耳鳴・耳漏 ・鼻（右・左・両方）が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ・嗅覚低下 ・のどが・・・痛い・違和感がある・せき・たんが出る・声枯れ ・熱がある（ 度） ・花粉症(眼のかゆみ・鼻水) ・めまいがする ・その他() 	
※本日の症状はいつからですか()	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>他院で薬を飲まれていますか？ はい・いいえ</p> <p>☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら事前にお出し下さい</p> <p>【薬の名前】</p>	
<p>薬・注射・牛乳・卵のアレルギーはおもちですか？ はい・いいえ</p> <p>アレルギーの種類 ()</p> <p>歯科治療・内視鏡検査などで使用する局部麻酔薬で体調が悪くなったことはありますか？ はい・いいえ</p> <p>妊娠・授乳していますか：(している ヶ月 ・ していない)</p>	
<p>花粉症やアレルギー性鼻炎と診断されたことはありますか？ はい・いいえ</p> <p>アレルギーの種類 ()</p>	
<p>今までに手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ</p> <p>いつ ()</p> <p>病名 ()</p>	
副鼻腔炎、または中耳炎と診断されたことはありますか？ はい・いいえ	
<p>※ 今現在以下の病気におかかりの方は、○を付けて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☆ 前立腺の病気はお持ちですか？ はい ・ いいえ ☆ 緑内障はお持ちですか？ はい ・ いいえ 1 肺の病気(結核・喘息・慢性気管支炎など) 2 肝炎・甲状腺の病気 3 糖尿病・高血圧・高脂血症 4 心臓の病気(狭心症・不整脈・心不全・心筋梗塞など) 5 胃、十二指腸の病気(胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など) 6 脳血管の病気(脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など) 7 悪性腫瘍(リンパ腫・癌など) 8 皮膚病(慢性痒疹・带状疱疹など) 9 感染症(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他) 10 心身症・不安症・鬱などの精神疾患 	