新川駅前みんなの耳鼻咽喉科　問診票

氏　名　　（12歳以下のお子様）体重　　ｋｇ

1．本日はどうなさいましたか（○印をつけてください）

・耳…聞こえにくい（ 右 ・ 左 ）、耳鳴り（ 右 ・ 左 ）、耳がつまる（ 右 ・ 左 ）、
　痛い（ 右 ・ 左 ）、耳だれ（ 右 ・ 左 ）、かゆい（ 右 ・ 左 ）、耳あか、補聴器の調整や相談

・鼻…くしゃみ、鼻水（ みずはな ・ 黄色 ・ 緑色 ）、鼻づまり（ 右 ・ 左 ）、
　鼻血（ 右 ・ 左 ）、かさぶたができる、ほほが痛い（ 右 ・ 左 ）、においがしない、花粉症

・のど…のどが痛い ・ 痰がからむ・ 咳が出る・ 声がかれる・ 飲み込みにくい
　口内炎・ 味がしない・ のどがつまる（違和感がある）・ 首がはれている

・めまい…ふらふらする・ ぐるぐる回る

・甲状腺の相談、 いびき（睡眠時無呼吸）の相談、　その他（　　）

・熱がでている（　　℃）、頭痛がする

2．その症状はいつからありますか？（大事な質問です。必ず○印をお願いします）

・ 今日から　・２～３日前から　・１週間前から　・１か月前から　・３か月前から

・半年以上前から　・何年以上も前から

3．今日と同じ症状を別な所で相談したことはありますか？　いいえ　・　はい

治療を受けた方はお薬の記入もして下さい。

（ いつ：　　どこの病院：　　処方された薬：　　）

※お薬手帳などがあれば、記入せずに受付にそれを提出していただくだけで結構です。

4．今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えて下さい。

（　　）

5．たばこは吸いますか？　・吸っている（１日　本　年間）　・吸わない　・昔吸っていた

6．耳鼻科で治療や手術を受けたことはありますか？治療内容を教えて下さい。

いいえ　・　はい（　　）

7．現在治療中の病気、過去に大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ　・　はい（ いつ：　　どこの病院：　　）

8．当てはまるものに○をつけてください

喘息　痙攣（けいれん）　胃潰瘍　糖尿病　高血圧　結核　肝疾患　腎疾患　心臓病　緑内障

前立腺肥大　重症筋無力症　Ｂ型肝炎　Ｃ型肝炎　精神疾患（　　）　認知症

9．現在飲んでいる薬があれば教えて下さい

ない　・　ある（　　）

※お薬手帳などがあれば、記入せずに受付にそれを提出していただくだけで結構です。

10．薬・食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ　・　はい（薬・食品名：　　症状：　　）

11．女性の方に質問です。現在妊娠していますか？　いいえ　・可能性がある　・はい

授乳中ですか？　いいえ　・　はい

12．６歳以下の子に質問です。保育園等に通っていますか？

いいえ・はい（託児所・保育園・幼稚園）に通っている