

問 診 表

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住所	〒 -			
電話番号	(携帯) - -	(自宅)	- -	
体重	(15歳以下のお子様のみ)		kg	

1. どのような症状でこられましたか？ 該当する番号に○、一番強いものに◎をつけてください。

どこが	いつから	どのように
I 耳が		1) 痛い 右・左 2) 耳だれが出る 右・左 3) 聞こえにくい 右・左 4) つまった感じ 右・左 5) かゆい 右・左 6) 耳鳴りがする 右・左 7) 耳垢 右・左
II 鼻が		1) つまる 2) かゆい、くしゃみがでる 3) 鼻水が出る (緑/黄色・白・透明) 4) あれている 5) 痛い 6) その他 ()
III のどが		1) 痛い 2) イガイガする 3) つかえた、つまった感じがする 4) 咳 (から咳・痰の絡んだ) 5) 痰が出る 6) その他 ()
IV 声が		1) でにくい 2) かすれる 3) ガラガラ声になる
V めまいがする		1) フワフワとした 常に・頭を動かすと 2) グルグルとした 常に・頭を動かすと 3) その他 ()
VI 顔や首にはれ物 や違和感がある		どこに () 痛み (詳細) どのような ()
VII その他		(詳細に)
VIII 花粉症・ アレルギー性鼻炎		1) 鼻水 2) 鼻づまり 3) 鼻のかゆみ・くしゃみ 4) 目のかゆみ 5) のどのイガイガ 6) レーザー治療の説明を (希望する・希望しない)

2. 今までに下記のような病気をしたことがありますか？

- 1) 高血圧 2) 高脂血症 3) 糖尿病 4) 胃・十二指腸潰瘍 5) 心臓病 6) 肝炎 7) 癌 8) 喘息
9) 緑内障 10) 前立せん肥大 11) その他 ()

3. 今、使用されている薬はありますか？ (内服薬、点鼻薬、点眼薬など)

- I ある … お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお渡しください。(常にお飲みの薬も教えて下さい)
分かれれば薬の名前を教えてください ()
II ない

4. 食べ物や薬のアレルギーがありますか？

- I ある … 具体的に教えてください ()
II ない

5. お酒は飲みますか？

- I 飲む … 1日に()、毎日でない方は週に()
II 飲まない

7. タバコは吸いますか？

- I 吸う … 1日に ()本
II 吸わない III やめた …過去に吸っていた期間 (年・カ月前まで 本 × 年)

8. (女性の方だけ)妊娠または授乳について

- I 妊娠 1) している (妊娠期間 週・月) 2) していない 3) 可能性がある
II 授乳 1) している 2) していない