

本郷耳鼻咽喉科クリニック問診票

ID

ふりがな	住所 〒	職種
お名前	男女	保育園通園中
明・大・昭・平	電話 ()	
年 月 日生	携帯 ()	体重 k g

今日はどうされましたか？

熱がある (°C)

耳 (右・左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> 耳痛 (体温 °C) 耳がかゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 詰まる感じ 耳あか・耳掃除希望 耳の下が腫れている めまい 首が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻づまり 鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻掃除希望 鼻血 (右・左) 匂いがしない 花粉症の予防投与 アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い (体温 °C) 声がかれる 声を出しにくい 咳・たん (体温 °C) のどが詰まる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき・睡眠時無呼吸 禁煙したい 滑舌・発音・構音がおかしい

【いつ頃から症状が出ましたか？】

【その他症状があればお書きください。】

【他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください】

高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 肝臓病 () 腎臓病 () 脳梗塞
喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他 ()

【現在、服用中の薬はありますか？】

なし・あり 薬の名前 ()

【アレルギーの病気または、食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。】

合わなかった薬・食べ物の名前と状態

【嗜好品についてお尋ねします。】

何年前から ・喫煙歴 本/日、飲酒歴 を 杯/日

【女性の方へ】現在、妊娠中ですか (いいえ・はい ヶ月・不明)、授乳中

【お子様へ】 飲めないタイプの薬がありますか

何でも飲める 錠剤苦手 カプセル苦手 粉薬苦手 シロップ剤苦手

【ご来院のきっかけについてお尋ねします。】

家の近く 会社・学校の近く インターネット ビル看板 パンフレット 新聞折り込み広告
地域誌 新聞雑誌記事 ご家族からの紹介 知人からの紹介 病院からの紹介