

あらい耳鼻咽喉科 問診票

令和 年 月 日

フリガナ お名前			ID	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生まれ 満 才 (男・女)
住所	(〒 -)			
電話番号	-	-	体重(12歳以下の方)	kg

① 発熱はありますか？ (ない ・ ある [昨日 °C → 今日 °C → 院内 °C])

②. どのような症状でご来院されましたか？ 当てはまるものに○をつけてください

耳



どちらの耳が → [右 ・ 左 ・ 両側]

痛い かゆい 耳鳴り 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ

耳あかをとってほしい

今までに『中耳炎』と診断されたことは ない ・ ある (才のころ)

鼻



鼻づまり 鼻汁がでる(黄色でどろっとしたもの・水ばな) 鼻血 奥が痛い

匂いがしない くしゃみ 鼻がかさい 鼻水がのどに流れる かゆい

今までに『ちくのう』と診断されたことは ない ・ ある (才のころ)

口・のど



痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらつばい

口内がかかわく 口内炎 ものがうまく飲み込めない 舌が荒れる

息苦しい たんに血が混じる 味がわからない

その他

めまいがする 頭痛がひどい 顔が曲がって見える 顔が重たい

首が痛い 首がはれている いびきがひどい 目が痛い

その他 _____

③. いつから症状がでていますか？ (_____ ころから ・ _____ 日前から)

④. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ (ある ・ ない)

ある場合 → 高血圧 糖尿病 肝炎(A型 B型 C型) 心臓病 腎臓病 喘息 結核 脳梗塞 脳出血

その他 _____

⑤. 内服されているお薬はございますか？ (ある ・ ない)

ある場合 → 薬の内容は？ _____

⑥. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありますか？ (ある ・ ない)

ある場合 → どんな薬でした？ _____

⑦. アレルギー体質やアレルギー性疾患がありますか？ (ある ・ ない)

⑧. 今までに手術を受けたことがありますか？ (ある ・ ない)

ある場合 → ちくのう症 中耳炎 扁桃腺 こまく切開 その他 _____

⑨. 現在、他の病気で通院されていますか？ (かかっている ・ かかっていない)

ある場合 → どちらが悪くてかかってらっしゃいますか？ _____

⑩. お煙草を吸われていますか？ (吸っている[1日 本 喫煙歴 年] ・ 吸っていない)

⑪. 女性の方に： 現在、妊娠中ですか？または授乳中ですか？ (していない ・ 妊娠中[ヶ月] ・ 授乳中)

⑫. 領収書とは別で診療明細書の発行をご希望されますか？ (必要 ・ 不要)