

どい耳鼻咽喉科 問診票

記載日：平成 年 月 日

ふりがな				
名 前		男 ・ 女	大 昭 平	年 月 日 才 (才 ヶ月)
ご住所〒				電話番号 () 携帯電話 ()
(熱がある場合)体温	℃	(お子様の場合必ず記入してください)体重		kg

●今いちばんお困りの症状は何ですか？

●お困りの症状を○で囲んでください。ほかに相談したい内容は△をつけてください。

耳 右・左	痛い、かゆい、耳だれ、耳垢、聞こえにくい、ふさがった感じ、ひびく 耳鳴り、めまい、他 ()
鼻	痛い、くしゃみ、鼻水（水っぽい、ねばねば、色のついた）、鼻づまり 鼻水がのどに落ちる、鼻血、においがしない、他 ()
口・のど 舌・首	痛い、せき、たん、声がれ、のどがつまる感じ、食事が通りにくい いびき、開きにくい、乾く、味がわからない、腫れた、他 ()
その他	発熱、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、他 () がんが心配、アレルギーの検査がしたい

●その症状はいつからですか？

●その症状で他の医療機関に相談したことがありますか？ なし ・ あり ()

●薬剤・食物アレルギー なし ・ あり ()

●局所麻酔アレルギー なし ・ あり (具体的な症状)

●妊娠 なし ・ あり (ヶ月) ●授乳 なし ・ あり

●他の病気 なし ・ あり (熱性けいれん・緑内障・高血圧・心疾患・糖尿病・腎疾患)

内服薬 ()

※お薬手帳がございましたら、この問診票とともに受付にお出しください。

●どのような診療をお望みですか？

- ・十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
- ・とりあえず、当面の症状を抑えてほしい
- ・その他 ()

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。