

# 耳鼻科 問診票

お名前	フリガナ	性別	年齢	身長	体重
		男・女	歳	cm	kg

1 今日はどうされましたか？当てはまる全ての項目に○をつけてください

耳	どちら側ですか？（ 右 ・ 左 ・ 両方 ） <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 耳アカ <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> つまる感じがする <input type="checkbox"/> 自分の声が響く <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
鼻	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 鼻水（黄色・透明） <input type="checkbox"/> 鼻水がのどに流れる <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
のど・口	<input type="checkbox"/> 痛み（のど・口の中・舌） <input type="checkbox"/> かゆみ（のど・口の中・舌） <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 声がかれる <input type="checkbox"/> のどに違和感がある <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> いびきをかく <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
めまい	<input type="checkbox"/> ぐるぐる回る <input type="checkbox"/> からだがフワフワ浮いた感じがする <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

■ いつからですか？

2 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

3 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？（ なし ・ あり ） ありの場合は下の項目に○をつけてください。  
 〈 心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他（ \_\_\_\_\_ ） 〉
- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？（ なし ・ あり ）
  - ① 病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_
  - ② 病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_
- 現在処方されているお薬はありますか？（ なし ・ あり ）
  - お薬手帳の持参（ なし ・ あり ）
  - お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

4 アレルギーはありますか？（ なし ・ あり ）

- 食べ物： \_\_\_\_\_ ・ 薬： \_\_\_\_\_ ・ その他： \_\_\_\_\_

5 喫煙していますか？（ いいえ ・ はい ）

- \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年

6 お酒は飲みますか？（ いいえ ・ はい ）

- （ ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー ）を 1日あたり \_\_\_\_\_ ぐらい

7 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？（ なし ・ あり ）
  - 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 授乳中ですか？（ いいえ ・ はい ）