

問診票 (こうざき耳鼻咽喉科)

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)
住所 (〒 _____)

・主訴

- 鼻水 鼻づまり くしゃみ においがしない 花粉症予防 目のかゆみ
 耳の痛み 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳閉感 耳あか
 のどの痛み 声のかすれ 飲み込みにくい せき たん
 めまい 甲状腺 首のはれ いびき 無呼吸 その他
(_____)

- ・症状はいつからはじまりましたか？
・その症状と左右を詳しくお書きください。

- ・5日以内の熱発はありましたか？ _____ 月 日から _____ 月 日
・現在、熱はありますか？ なし あり (_____ °C)

- ・これまでにかかった病気はありますか？ なし あり
 高血圧 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 胃潰瘍 気管支喘息 肝炎(B・C)
 心臓病 腎臓病 その他 (_____)

- ・現在服用中の薬はありますか？ (お薬手帳があれば診察室で見せてください)
 なし あり (_____)

- ・お薬のアレルギーはありますか？
 なし あり (_____)

- ・(女性の方に) 妊娠・授乳中ですか？ いいえ はい 授乳中
・12歳以下の方は体重をお書きください。 _____ Kg

- ・その他、ご希望があればお書きください。