

# 耳鼻咽喉科問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

## 妊 ・ 授

医院用ID番号：

平成 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平	年	月	日	( 歳)
-------------	-------	------	-------	---	---	---	------

\* 本日はどのような症状で来院されましたか？下記の項目にご記入か〇をつけてください。

いつから ( )

耳 (右・左・両側)	・痛い ・かゆい ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・耳がふさがる ・耳あか
鼻 (右・左・両側)	・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・においがわからない ・鼻血
のど	・痛い ・のどがつまる ・咳 ・痰 ・声のかすれ ・舌、口の荒れ ・味がわからない
その他	・眼がかゆい ・いびき、無呼吸 ・めまい ・首の腫れ ・顔のゆがみ ・発熱 ( )℃ ・異物 (耳・鼻・のど) ・その他 ( )

\* 今現在、定期通院、投薬を受けていますか？

いいえ・はい 病院名 ( ) 病名 ( )  
いつ頃 ( ) 薬の名前 ( )

\* 薬や食物・麻酔薬などのアレルギーはありますか？

ない ・ ある  
ある方のみ→ いつ・薬剤・食物・症状など ( )

\* 今までにご自身がかかったご病気があれば記入してください。

ぜんそく・心臓病・高血圧症・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障  
その他 ( )

\* 今までにご家族がかかった病気があれば記入してください。

どなた ( ) が、病名 ( )

\* 喫煙はしますか？

[ ・いいえ  
・はい (1日 本、年数 年) 昔 ( 年前まで、1日 本、年数 年)

\* 飲酒はしますか？

[ ・飲まない  
・飲む (毎日・週 日・時々) 1日あたりの飲酒量：種類 、量 ( )

\* 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ [ ・いいえ  
・はい (現在 力月、出産予定日： 月 日)

授乳中ですか？ [ ・いいえ  
・はい

\* 来院可能な曜日に〇をつけてお答えください

	月	火	水	木	金	土	いつでも可能
午前 (9:30~12:30)							
午後 (15:00~18:30)							

ご記入いただきました個人情報、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。