

# 耳鼻咽喉科問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊 婦

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 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	
午前 (9:30~12:30)			/				いつでも可能
午後 (15:00~18:30)			/			/	

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