

耳鼻咽喉科問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊・授

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)
-------------	-------	------	-------	---	---	---	------

①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○をつけてください。

いつからですか (

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 ()

②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 ()
いつ頃から () 薬の名前 ()

③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 ()

④今までにご自身がかかったご病気はありますか？
喘息 心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障
その他 ()

⑤喫煙はしますか？
・いいえ
・はい (1日 本、年数 年)

⑥飲酒はしますか？
・飲まない
・飲む (毎日・週 日・時々)

⑦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

⑧来院可能な曜日に○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。