

# 耳鼻咽喉科問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊・授

令和 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 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、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。