

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・令	年	月	日	(歳)
〒 住所			電話番号：				
			携帯番号：				

※新型コロナウイルス感染症の陽性反応がでたことがありますか。 (はい・いいえ)

はいに該当の方 検査した日 月 日 治癒した日 月 日

①今回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 ・めまい ・耳がふさがる ・耳あか
鼻	・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・においがわからない ・鼻血(右・左・両側)
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 ・首の腫れ(右・左・両側) ・顔のゆがみ ・頭痛 ・発熱()℃ ・異物(耳・鼻・のど) ・顔面痛 ・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)							不定期
午後 (15:00~18:30)							いつでも可

※問診票をご記入の間に順番が前後する場合があります。

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。