

診察前の問診にご協力下さい。

ふりがな
お名前 (_____) 男・女

年齢 (_____) 歳 生年月日 (T S H R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

住所 (〒 _____) 携帯番号 (_____)

☆1ヶ月以内の海外渡航歴ありますか？ 無し・有り (国 : _____)

今日の症状にすべて○をして下さい

顔 かお

かおに何かできている かおが痛い かおがまがっている (動かない)

かおがはれている 目がつぶれない

その他 (_____)

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

頸部 くび

くびに何かできている くびが痛い くびがはれている あごの下がはれている

その他 (_____)

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

めまい めまい

めまいがする (グルグル回る・フラフラする) 吐き気がする 吐いた

めまいが起ってから聞こえが悪い・耳鳴りがする まっすぐ歩けない

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

その症状と頭 (体) の動きは関係ありますか？ ある ・ ない

上記以外に診察希望の症状があれば書いて下さい。

[_____]

耳鼻咽喉科よしだクリニック

問診票

かお・くび・めまい

- ① 今まで病気になったことがありますか？

無

高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 (B型肝炎, C型肝炎, 等)

腎臓病 胃腸疾患 脳疾患

その他の疾患 ()

手術 () () 年前

- ② 今までに薬をのんだり注射をして気分が悪くなったり, じんましんが出たことがありますか

無

有 薬の名前 ()

- ③ 今回の病気で他の病院にかかったことがありますか

無

有

- ④ 飲酒, 喫煙の習慣がありますか？

酒 (種類) _____ を1日に (量) _____ くらい

タバコ 1日に _____ 本くらい, _____ 歳から吸っている

(現在禁煙されている方は) _____ 歳まで吸っていた。

- ⑤ 女性の方は妊娠またはその可能性の有無, 授乳の有無についてお聞かせ下さい。

妊娠・・・ 有 無

授乳・・・ 有 無

- ⑥ 血縁の方々で多く見られる病気などある方はお書き下さい

無

有 ()

- ⑦ その他, 当院に対するご希望があればお書きください。(例:通院回数を少なくしてほしい, 他の人に話を聞かれないなど) 病状や設備などで無理な場合もありますが, できる限りご希望に沿えるようにいたします。

[]

ご協力ありがとうございました。