

耳鼻咽喉科よしだクリニック
問診票
のど・くち

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

咽喉頭 のど

のどが痛い のどがはれている のどに違和感がある のどがつまった様だ
のどに何かできている のどに物 (魚の骨など) がひっかかった 飲み込みにくい
飲み込む時痛い 声が出ない 声がかすれる 息がしにくい 咳が出る
たんが出る たんに血が混じる むせる

その他 (_____)

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

口腔 くち

くち (舌) が痛い くち (舌) がしみる くち (舌) に何かできている
くち (舌) がただれている くちがかかわく 舌が前にでない

その他 (_____)

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

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
のど・くち

- 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。