

耳鼻咽喉科よしだクリニック
問診票
みみ・はな

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 (国 : _____)

今日の症状にすべて○をして下さい

耳 みみ

みみが痛い みみがかゆい みみがつまったようだ みみから汁が出る

みみかきをしすぎた みみあかを取ってほしい 聞こえにくい 耳鳴がする

自分の声がみみにひびく みみに何か入っている

その他 (_____)

どちらのみみですか？ 右・左

その症状はいつからですか？ (_____) 頃から

鼻 はな

はながつまる 黄色いはな水が出る 水のようなはなみずが出る

はなみずがのどにさがる くしゃみがでる はなが痛い はな血が出る

はなからくさい臭いがする はなに何か入っている

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
みみ・はな

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。