

耳鼻咽喉科問診票

氏名： _____ 職業： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

1. 今回の症状についてご記入ください。

① 本日来院された主な症状、理由はなんですか。○で囲んで下さい。

耳（右・左・両） 聞こえ 鼻（右・左・両） のど 声 口の中 その他

② 上記の症状が出てから本日までの経過を書いてください。

いつから：

どのように：

③ 上記の症状で他院を受診されましたか。（ はい ・ いいえ ）

・いつどちらを受診されましたか？（ ）月（ ）日 病院名：（ ）

・どんな病気と言われましたか？（ ）

・薬を処方されましたか？（ はい ・ いいえ ）

→薬の名前： _____

2. これまでにかった病気はありますか？（ ある ・ ない ）

ある方→肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・糖尿病・脳卒中・喘息・その他（ ）

3. 普段から飲んでいる薬（常備薬・サプリメント）はありますか？（ ある ・ ない ）

※当院以外で処方された薬・サプリメントをご記入ください。

4. これまでに薬の等副作用やアレルギーはありましたか？（ ある ・ ない ）

・薬名（ ） 症状（ ）

・食品（ ） 症状（ ）

・その他（ ） 症状（ ）

5. お酒は飲みますか？（ 飲む ・ 飲まない ）

・種類：日本酒・焼酎・ビール・ウイスキー・ワイン・その他

・頻度：付き合い程度・週1～3回程度・ほぼ毎日

・量 ：1日約（ ）杯・合・ml

6. タバコは吸いますか？（ 吸う ・ 禁煙した ・ 吸わない ）

・1日 約（ ）本 約（ ）年 （ ～ 歳）

7. 追加や今回の受診に際するご希望などがございましたらご記入ください。
