



年 月 日

耳鼻科外来受診の方へ

 フリ ガナ
氏名

診察券番号

緊急連絡先

男/女 / 年齢 歳 / 職業 / 身長 cm / 体重 kg

■ どのような症状で受診されますか？ ○をつけて下さい。主なものは◎で囲んで下さい。

耳 (右・左) 痛い 耳だれ かゆい 耳あか 難聴 耳がつまる 補聴器作成
 耳なり(常に・時々)→どのような音ですか？()

鼻 くしゃみ 鼻水がでる 鼻がつまる 匂いがしない 鼻水がのどに下がる いびき 鼻血

のど 痛い 異物感 飲みにくい 声がれ 咳 痰 息苦しい 食事が摂れない

その他 めまい 頭痛 頭重感 発熱 _____℃ 口の中が痛い 舌(しびれ、痛み、その他)
 顔がはれた(右・左) 首がはれた(右・左) 顔面麻痺(右・左)

上にあてはまらない場合はご記入下さい

■ いつからですか？ _____

■ 今回の症状で治療を受けたことがありますか？ なし / あり
 どこで、いつ頃、どの位の期間受けましたか？ _____
 どのような治療、検査を受けましたか？ _____

■ 他院からの紹介状、院内依頼表はありますか？ なし / あり

■ 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？
 喘息・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・心筋梗塞・狭心症・不整脈
 その他(病名: _____)

■ 今までに手術、輸血、入院の経験はありますか？ なし / あり
 病名 _____
 いつ頃、病院名 _____

■ 現在飲んでいる薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は問診回収時にお渡し下さい。)
 なし あり(_____)

■ アレルギーはありますか？ ある場合はその名前を記入して下さい。
 薬品 なし / あり(_____)
 食べ物 なし / あり(_____)
 その他 なし / あり(_____)

■ たばこ 吸う 以前吸っていた 吸わない
 (1日 _____ 本、約 _____ 年間)

■ アルコール 毎日飲む 時々飲む(機会飲酒) 以前飲んでいた 飲まない
 (1回 _____ 杯、種類 _____)

■ 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ ない ある 授乳中

※記入後は、耳鼻科前でお待ち下さい。問診票回収に伺います。