

耳鼻科咽喉科外来 問診表

通番 _____

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 才 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 特に気になる項目にチェックして下さい。(複数あれば、気になる順に番号をつけて下さい)

● 耳

- 耳が痛い (右・左)
- 耳だれ (右・左)
- 聞こえにくい (右・左)
- ポーンとする (右・左)
- 耳鳴り (右・左)

● のど

- のどの痛み
- せき・痰がでる
- 声がかすれる
- つかえ感、異物感
- 扁桃腺がはれる

● 鼻

- 鼻水
- 鼻づまり
- くしゃみ
- 臭いがわからない
- 鼻血

● 口

- 口の中の痛み
- 味がわからない
- 舌がおかしい

● 頸部 (くび)

- くびがはれている
- くびが痛い

● めまい

- ぐるぐるまわる
- ふわふわする
- 目の前が真っ暗になる

● その他 [_____]

2. 上記の症状はいつ頃からですか? (_____)

3. 熱はありますか?

- なし あり (_____) °C

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか?

- なし
- あり 病名 耳鼻咽喉科の病気・手術 (_____)
- 高血圧 糖尿病 心臓病 アレルギー 喘息
- 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 結核
- 頰椎症 その他 (_____)

5. 現在、服用中の薬はありますか?

- なし あり 薬の名前 [_____]

6. 薬のアレルギーはありますか?

- なし
- あり 薬剤名 ピリン等 ヨード 造影剤 抗生剤 (_____)
- その他 (_____)

7. タバコは吸いますか?

- 吸わない 吸う 本数 1日 (_____) 本

8. 女性の方へ 現在、妊娠していますか?

- いいえ はい (_____ ヶ月) わからない 授乳中

9. 小児の方へ 飲めないタイプの薬がありますか?

- 何でも飲める 錠剤 カプセル 粉薬 水薬