

No \_\_\_\_\_

# 問診票



津田沼耳鼻科クリニック

TSUDANUMA E.N.T. CLINIC

記入日： 年 月 日

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日  
( ) 歳

〒 -

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) 体重： \_\_\_\_\_ k g (小学6年生までの方) 体温： \_\_\_\_\_

※いつ頃から具合が悪いですか？ ( ) 日前から ( ) カ月前から ( ) 年前から

※どのように具合が悪いのか○をつけてください 一番困るものには◎をつけてください

耳 (右 左)	耳が痛い	耳だれがでる	耳がかゆい	耳垢	聞こえない	耳鳴り
	めまい	補聴器相談	耳がふさがったかんじ			
鼻	くしゃみがでる	鼻がでる (鼻水の色 緑 透明)	鼻がつまる			
	においがわからない	鼻血がでる	花粉症			
のど	のどが痛い	痰がでる	咳がでる	声がかれる	のどに違和感がある	
	食事がとりにくい					
その他	目がかゆい	顎の下がはれている	耳の下がはれている			
	熱がある ( )℃	いびき	頭痛			

## ☆次の質問に該当する方はご記入ください

- 他院にて処方されている薬はありますか お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。  
ある (薬の名前 \_\_\_\_\_ )
- いままでに薬で気分が悪くなったり 発疹やショックをおこしたりすることがありますか？  
ある (薬の名前 \_\_\_\_\_ )
- 卵、牛乳のアレルギーはありますか？ ある
- 耳鼻科以外の病気にかかったことはありますか？ 高血圧 心臓病 糖尿病  
肝炎 (B C その他) 結核 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 喘息 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 耳鼻科の手術を受けたことがありますか？ ある ( \_\_\_\_\_ )
- 今、妊娠していますか？ はい ( \_\_\_\_\_ ) 週
- 授乳中ですか？ はい
- タバコ ( \_\_\_\_\_ ) 本数 / 日 アルコール ( \_\_\_\_\_ ) 合 / 日
- ご希望するお薬の形状 (錠剤 散剤 シロップ)

入	ス