

つくし野耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ

お名前 () 男・女
生年月日：大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所：〒 ー

電話： ()

- どの具合が悪いですか？
みみ ・ はな ・ のど ・ めまい ・ その他 ()
- どのような症状がありますか？
耳……痛み、 耳だれ、 耳あか、 耳鳴り、 つまった感じがする、
聞こえにくい
鼻……くしゃみ、 鼻みず、 鼻づまり、 鼻血、 においがわからない、
花粉症、 いびき
のど…痛み、 違和感、 声がかすれる、 飲み込みにくい、 せき
めまい…まわっている、 ふわふわする、 歩きにくい
その他 ()
- 今回の症状はいつからですか？ ()
- 以下の病気や大きな病気にかかったことはありますか？
高血圧、糖尿病、喘息、腎臓病、肝臓病、心臓病、緑内障、前立腺肥大
その他 ()
- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
はいの方…薬・食物名 ()
- 歯科の麻酔で具合が悪くなったことはありますか？ (はい ・ いいえ)
- 現在飲んでいる薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
はいの方…薬剤名 ()
- 女性の方へ
妊娠の可能性 (ある ・ ない) 授乳 (している ・ していない)
- 薬剤の効果が同等ならジェネリック(後発品)で (よい ・ よくない)