

つるはら耳鼻科問診票

この問診票は診察する上で大切な資料となります わかる範囲で詳しくおしえてください

ふりがな お名前	男・女	明大昭平 年 月 日生 才	ご住所 〒 —
電話 () —	携帯 — —		

体重 () kg 薬の量の計算に必要ですので必ずご記入ください。

今日はどうされましたか？ 発熱の場合 (度)

耳が....	痛い/かゆい/耳だれ/聞こえにくい/耳鳴りがする/つまる感じ、 ひびく感じがする/耳垢/耳の下が腫れている/めまい
鼻が....	つまる/鼻水/くしゃみ/鼻水が喉に流れる/鼻血(右・左)/においがしない/頭痛
喉(気管)が....	痛い/声がかれる/せき/たん/つまる/異物感がある/いびき/無呼吸/ゼイゼイいう

上記の中で特に気になる症状は何ですか？ ()

いつ頃から症状はでましたか？ ()

その他症状があればお書きください ()

現在、他の病院へ通院されていますか？ (はい・いいえ)

はい→(病名) 服用中のお薬 ()

これまでにかかった病気に○をつけてください

(高血圧 糖尿病 喘息 結核 緑内障 高脂血症 肝炎 腎疾患 心疾患 胃十二指腸潰瘍 前立腺肥大)
(その他)

けいれん/てんかん等を起こした事がありますか？ (はい・いいえ)

注射や麻酔、お薬、食べ物で気分が悪くなったり、発疹がでたり、ショックを起こしたことがありますか

注射/麻酔 (はい・いいえ) (はい→何の注射？麻酔？)

お薬 (はい・いいえ) (はい→薬の名前)

食べ物 (はい・いいえ) (はい→食べたもの)

胃は弱いですか？ お薬によって胃痛など起こしたことはありますか？ (はい・いいえ)

腸は弱いですか？ お薬によって下痢など起こしたことはありますか？ (はい・いいえ)

お酒・たばこについて お酒(飲む・飲まない) たばこ(吸う・吸わない)

女性の方のみ 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ・わからないが可能性はある)

現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

6歳以下の方のみ 保育園・幼稚園に通っていますか？ (はい・いいえ)

今までの耳鼻科治療について、疑問点・不安点・ご不明な点があればお聞かせください

()

ぜひ下記のアンケートにもご協力ください

[当院をお知りになられたきっかけは？複数回答可]

ご近所・ご家族・ご友人・近所・通りがかり・バス内アナウンス・看板・電話帳
ホームページ・その他 ()

[ご友人や知人の方と病気や病院などについて情報交換されますか？]

していない・1~4人としている・5人以上としている 　　ご協力ありがとうございました。