

【南流山ファミリー耳鼻咽喉科 問診票】

ふりがな	男・女	大昭平令	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
携帯	—	—	電話 ()	—
15歳以下のお子様 ※必須	体重 _____ Kg	熱はありますか？ ない場合は「なし」に○をつけて下さい。		
お薬のご希望があれば下記に○をつけて下さい。 (なし 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤)		なし あり () 度	※解熱・鎮痛剤を使用されている場合 () 時頃に服用	

本日はどのような症状で受診されましたか？

※ 当てはまる所に ○印 もしくは ご記入下さい。

鼻 () 日前から	のど () 日前から	耳 () 日前から	めまい () 日前から
<ul style="list-style-type: none"> サラサラした鼻水 ネバネバした鼻水 黄色い鼻水 鼻がつまる ニオイがよくわからない 鼻血が出る (右・左) 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い たんが出る せきが出る 声がかれる のどに違和感がある 魚の骨が刺さった 	<ul style="list-style-type: none"> 耳が痛い (右・左) 耳だれが出る (右・左) 耳がかゆい (右・左) 聞こえにくい (右・左) 耳鳴りがある (右・左) 耳がつまる (右・左) 耳そうじ希望 	<ul style="list-style-type: none"> ぐるぐる回る めまい ふらふらする めまい めまいの時に下記の症状はありますか？ 聞こえにくい (右・左) 手足の麻痺 (なし・あり) 割れるような頭痛 (なし・あり)
その他の症状			
持病または今までになった病気はありますか？ なければ「なし」に○をつけて下さい。	<ul style="list-style-type: none"> なし 	<ul style="list-style-type: none"> 喘息 (現在治療中 / 以前治療していた) どちらかに○をつけて下さい。 けいれん 緑内障 前立腺肥大 糖尿病 肝疾患 (肝炎等) 高血圧 心臓病 腎臓病 その他 () 	
現在服用中のお薬があれば 必ずお書き下さい。	ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 なし ・ あり 薬名「 _____ 」 ・ お薬手帳あり		
アレルギーをおこす物はありますか？ なければ「なし」に○をつけて下さい。	※お薬 (なし ・ あり) → (薬名 _____) ※その他 (なし ・ あり) → (具体的に _____)		
タバコは吸いますか？	・吸わない ・吸う (1日 本) (年間 _____) ・やめた (_____ 年前)		
女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？	・していない ・妊娠中 (_____ ヶ月)		
女性の方へ (必須) 不妊治療されていますか？	・していない ・不妊治療中：現在妊娠の可能性 (なし ・ あり ・ 不明)		
女性の方へ (必須) 授乳されていますか？	・していない ・授乳中		

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。