

# 耳鼻咽喉科 問診票

診療日  
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名( ) 年齢( ) 男・女  
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p>●耳</p> <p><input type="checkbox"/>耳が痛い(右・左)</p> <p><input type="checkbox"/>耳だれ(右・左)</p> <p><input type="checkbox"/>聞こえにくい(右・左)</p> <p><input type="checkbox"/>ポーンとする(右・左)</p> <p><input type="checkbox"/>耳鳴り(右・左)</p> <p>●口(くち)</p> <p><input type="checkbox"/>くちの中の痛み</p> <p><input type="checkbox"/>味がわからない</p> <p><input type="checkbox"/>舌がおかしい</p> <p>●その他( )</p> | <p>●のど</p> <p><input type="checkbox"/>のどの痛み</p> <p><input type="checkbox"/>せき・痰がでる</p> <p><input type="checkbox"/>声がかすれる</p> <p><input type="checkbox"/>つかえ感、異物感</p> <p><input type="checkbox"/>扁桃腺がはれる</p> <p>●頸部(くび)</p> <p><input type="checkbox"/>くびがはれている</p> <p><input type="checkbox"/>くびが痛い</p> | <p>●鼻</p> <p><input type="checkbox"/>鼻水</p> <p><input type="checkbox"/>鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/>くしゃみ</p> <p><input type="checkbox"/>臭いがわからない</p> <p><input type="checkbox"/>鼻血</p> <p>●めまい</p> <p><input type="checkbox"/>ぐるぐるまわる</p> <p><input type="checkbox"/>ふわふわする</p> <p><input type="checkbox"/>目の前が真っ暗になる</p> |
|---|---|--|

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( )℃

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

- 耳鼻咽喉科の病気・手術( )
- |                              |                                 |                                |                                |                               |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病    | <input type="checkbox"/> 心臓病   | <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病    | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障   | <input type="checkbox"/> 結核   |
| <input type="checkbox"/> 頸椎症 | <input type="checkbox"/> 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女性のみお答えください。現在、妊娠していますか?

いいえ はい( 週 ヶ月) わからない 授乳中

⑨小児の方はお答えください。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