

板倉耳鼻咽喉科 問診表

ID: _____ 氏名: _____ 男・女 年齢 歳 (年 月 日生れ)

住所: _____ 電話番号: _____

次の当てはまる○にチェックを入れ、には適する数字や語句を記入して下さい。

1. いつから悪いのですか？

○日前 ○週前 ○ヶ月前 ○年前

2. どちら側が悪いのですか？

○右側 ○左側 ○両側 ○左右はなし

3. どこがどのように悪いのですか？

○耳: ○聴こえが悪い ○耳鳴りがする ○痛い ○かゆい ○膿が出る ○耳垢
○つまった感じ ○耳内を傷つけた ○その他:

○めまい: ○グルグル回転する ○グラグラ揺れる ○フワフワ浮いている感じ
○真っ直ぐ歩けない ○左右のバランスが取れない ○立ちくらみ感

○鼻: ○鼻づまり ○鼻汁が出る ○くしゃみが出る ○鼻血が出る ○痛い
○できものがある ○臭いがわからない ○その他:

○口内: ○痛い ○できものがある ○乾く ○味覚がおかしい
○その他:

○のど: ○痛い ○腫れている ○咳が出る ○異物感・違和感・つかえ感がある
○飲み込みにくい ○声がかすれる ○息苦しい ○その他:

○首: ○しこりを触れる ○痛い ○腫れている ○その他:

※裏面もごさいます

- その他： ○熱がある ○気分が悪い ○吐き気・嘔吐 ○頭痛 ○腹痛 ○下痢
 ○不眠 ○元気がない ○皮膚がかゆい ○皮膚がカサカサ
 ○その他：

4. 当院に来る前に、今回の症状で他院の治療を受けましたか？

医療機関：

治療内容： ○投薬 ○点滴 ○経過観察のみ

その他・薬品名など：

5. 今まで薬で蕁麻疹が出たり気分が悪くなったりしたことがありますか？

○ない ○ある：薬品名 または ○不明

6. 今まで食べ物で蕁麻疹が出たり具合が悪くなったりしたことがありますか？

○ない ○ある：食品名 または ○不明

7. タバコを吸いますか？

○いいえ ○はい： 本/日を 年間

8. お酒を飲みますか？

○いいえ ○はい： 本/日を 年間

9. 今までかかったか、現在かかっている主な病気を教えてください。

○高血圧： 歳から 治療

○糖尿病： 歳から 治療

○高脂血症： 歳から 治療

○その他：

(1) 病名	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	歳から	治療	<input type="text"/>
(2) 病名	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	歳から	治療	<input type="text"/>
(3) 病名	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	歳から	治療	<input type="text"/>

ご協力ありがとうございました。