

# 毛利耳鼻咽喉科 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	大正	年 月 日 ( 才)
お名前				昭和	
住所	(〒 - )			15才以下の方へ 体重 ( kg )	
電話番号	- -	携帯番号	- -		

次の質問に該当する方はご記入下さい

①注射・飲み薬又は食品で気分が悪くなったり発疹（じんましん）がでたり  
ショックを起したことがありますか。

ある ( 痛み止め・ペニシリン・ピリン系・卵・牛乳  
その他 ( ) )

②かかった事のある病気に○印をつけて下さい。

肝臓病 ( B・C・その他 ) ・糖尿病・心臓病・腎臓病・甲状腺  
(アスピリン) ぜん息・前立腺・高血圧・緑内障・その他 ( )

③現在のんでいる薬は ( )

④妊娠はしていますか？ はい ( 現在 月 )  
授乳中ですか？ はい ( 月 )

⑤本日はどのような症状で来院されましたか？ ( 下記の項目の部位に○印を付けて下さい )

耳 ( 右・左・両方 )	痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳あか 耳がふさがる
鼻 ( 右・左・両方 )	鼻づまり 鼻水 くしゃみ 味やニオイがわからない 鼻血 他 ( )
のど	せき たん 痛い のどの違和感 口内炎 声のかすれ 他 ( )
その他	めまい 首の腫れ 顔のゆがみ 異物 ( 耳・鼻・のど ) 熱 ( °C ) 他の症状 ( )

⑥上の症状はいつからですか？ ( ) 日前から ( ) ヶ月前から

⑦その症状について以前に他の病・医院で治療を受けられたことがありますか？

ある ( 病・医院名 )