

【妙典さいとう耳鼻咽喉科 問診票】

ふりがな	男・女	明大昭平	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
電話 ()	—	携帯	—	—
15歳以下のお子様 ※必須	体重 _____ Kg	体温（熱がある場合は体温を記載して下さい。 ない場合は「なし」に○をつけて下さい。		
お薬の希望があれば下記にチェックをして下さい。 (なし 粉薬 シロップ 錠剤)		なし	ある()度	

※当てはまる所に ○印 もしくは ご記入下さい。

どのような症状で受診されましたか？	耳 ()日前から	鼻 ()日前から	のど ()日前から
	<ul style="list-style-type: none"> ・耳がいたい (右・左) ・耳だれが出る (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) ・めまいがする 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻水(下記より選択して下さい) ① サラサラした水鼻 ② ネバネバしている (白・黄色) ・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

その他の症状	
--------	--

持病または今までになつた病気はありますか？ なければ「ない」に○をつけて下さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・喘息 ・糖尿病 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・けいれん ・心臓病 	<ul style="list-style-type: none"> ・緑内障 ・肝疾患 (肝炎等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・前立腺肥大 ・腎臓病
--	---	---	--	--

現在、服用中の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	」
-----------------------	---------------------	---	----	----	---

アレルギーをおこす物はありますか？ なければ「ない」に○をつけて下さい。	※お薬 (ない ある) → (薬名)	※食べ物 (ない ある) → (食べ物)	※その他 (ない ある) → (具体的に)
--	-----------------------	-------------------------	--------------------------

女性の方へ (必須) 妊娠はされていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・していない ・妊娠中 (月目) ・授乳中 ・不妊治療中
------------------------	---

タバコは吸いますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・吸わない ・吸う (1日 本) (年間) ・やめた (年前)
------------	---

検査・治療についての希望があれば下記にチェックをして下さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・詳しい検査を希望 ・あまり検査はしたくない ・話し合ってから決めたい ・先生に任せる ・薬だけ欲しい
--------------------------------	---

今までの耳鼻科治療において疑問点、不安点、不満な点があればお聞かせ下さい。	
---------------------------------------	--

当院をお知りになられたきっかけは？	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ ・駅看板 (妙典 原木中山 西船橋) ・近所だから ・家族、親族 ・知人、友人 (お名前 様) ・他の医療機関 (医院名) ・その他 ()
-------------------	--

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。