

【妙典さいとう耳鼻咽喉科 問診票】

ふりがな	男・女	大昭平令	ご住所 〒	—
お名前		年 月 日生		
		歳		
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。	来院前 () 度
お薬の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 あるいは	今 () 度
				解熱剤 () 時服用

※ 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) 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) めまいがする 	鼻水 (下記より選択して下さい) ① サラサラした鼻水 ② ネバネバした鼻水 ③ 黄色い鼻水 ・鼻がつまる ・コ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
めまいがする方は、該当するものに○をつけて下さい。	右記症状	・手足の麻痺	・難聴 (右・左)
その他の症状	すべてなし		・割れるような頭痛
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。	・ない	・喘息 (服用 なし・あり / 吸入薬 なし・あり) ・けいれん (歳の時 回) ・緑内障 ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・肝疾患 (肝炎等) ・心臓病 ・腎臓病 ・その他 ()	
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 あるいは 「 _____ 」		
アレルギーをおこす物がありますか？ 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？	・していない	・妊娠中 (_____ ヶ月)	・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	
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)
当院をお知りになられたきっかけは？	・ホームページ ・家族、親族 ・他の医療機関 (医院名 _____)	・駅看板 (妙典 原木中山 西船橋) ・知人、友人 (お名前 _____ 様)	・近所だから ・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。