

【問診票】

むも耳鼻咽喉科クリニック

| | |
|-----------|------------------|
| フリガナ | 男 ・ 女 |
| お名前 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |
| ご住所 〒 | — |
| 自宅電話： () | 携帯電話： () |
| 体温 ℃ | (小学生以下のみ)体重 kg |

1. 今日はどうされましたか？ (○で囲んでください)

耳 (右・左)：痛い・かゆい・聞こえが悪い・耳が詰まった感じがある

耳掃除がしたい・耳だれ・めまいがする・耳鳴り・補聴器の相談がしたい

鼻：鼻水・鼻づまり・くしゃみ・鼻水がのどの奥に流れる・鼻の中が臭い・鼻血が出る
鼻の中が痛い・鼻の中がかゆい・鼻の中が乾く・物の匂いが分からない

のど：口が渇く・口内炎ができた・口臭が気になる・物の味が分からない・痛い

異物感がある・声枯れがある・声が出しづらい・咳が出る・痰が絡む

その他：いびき・睡眠中の無呼吸・顔の片側が動かない・顔や首に「しこり」がある

上記以外の症状 ()

2. いつ頃から、その症状がありますか？

月 日頃 (日前から)

3. 今までにかかったことがある病気 (治療中も含む) に○印を付けて下さい。

ある・・・心臓病・脳梗塞・脳出血・高血圧・高脂血症・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大
緑内障・糖尿病・喘息・アトピー性皮膚炎・その他 ()

ない

4. 現在、服用中の薬はありますか？

ない ・ ある ()

5. 薬 (ピリン系・ヨード・造影剤など) や食べ物 (卵など) のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

6. タバコは吸いますか？

吸わない ・ 吸う () 本/日

7. 車はどのくらい運転しますか？

毎日・週に3～4回・週に1～2回・月に1～2回・ほぼしない・運転しない

8. 妊娠中・授乳中の方は、記入して下さい。

妊娠中：第 () 週・妊娠している可能性がある 授乳中ですか？：はい・いいえ

9. お聞きになりたいことやご心配な事がありましたらお気軽にご記入下さい。

()

10. ご来院のきっかけについてお尋ねします

・家の近く ・会社、学校の近く ・インターネット ・電話帳 ・ご家族からの紹介
・知人の紹介 ・新聞記事 ・その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出をお願い致します。