

問診票

平成 年 月 日

〒 _____ 電話番号 _____

住所 _____ 体重 _____ Kg

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

1. 今日はどういうことで来院されましたか？

☆禁煙の相談

☆ピアス

☆いびき、睡眠時無呼吸の相談

☆鼻のレーザー治療の相談

★その他

お熱はありますか？（ない、ある _____ 度、わからない）

2. どこがどんなふうに悪くて受診されましたか？

⇒いつから： _____

① 耳（みぎ耳・ひだり耳・両方）

いたい・かゆい・聞こえにくい・耳だれが出る・耳あか・つまった感じ・声がひびく・耳鳴り・はれている

② 鼻

いたい・かゆい・くしゃみ・おもい感じ・くさい・鼻水・鼻つまり・鼻血・打撲・においがわからない

③ 口・舌・のど

いたい・しみる・かわく・はれている・のみこみにくい・声がかすれる・声がでない・つまった感じ・息がしにくい・せき・たん・イガイガする・いびき・味がわからない

④ めまい・ふらつき

ぐるぐるまわる・ふらふらする・吸い込まれる感じ・立ちくらみ

⑤ その他（ _____ ）

3. からだに合わない薬・使ってはいけない薬はありますか？

ない・ある（薬の種類・なまえ： _____ ）

4. 以前、歯科医の麻酔でアレルギー反応を起こされたことはありますか？

ない・ある

5. （女性の方のみ）妊娠の心配はありますか？

ない・妊娠中（ _____ ヶ月）・わからない

※授乳中ですか？

はい・いいえ

6. 今までにかかったことのある病気を全部○で囲んでください。

結核、心臓病、じんぞう病、血圧が高い、糖尿病、胃かいよう、ぜんそく、アトピー、緑内障、前立腺肥大（男性の方）、特にない

これ以外の病気（ _____ ）

7. 今、服用されている薬はありますか？

ない・ある（薬の内容 _____ ）

☆お薬手帳

8. たばこ：だいたい1日 _____ 本 _____ 年間くらい、酒類（ _____ を _____ 本/合）

・ こばやし耳鼻科をどこでお知りになりましたか？

近くを通りかかった・チラシを見て・駅広告を見て・ホームページを見て・その他（ _____ ）