

いとう耳鼻咽喉科 問診票

ふりがな	生 年 月 日
名前	性別 大正 昭和 平成 年 月 日生まれ 男・女 現在の年齢 才 現在の体重 kg
住所	連絡のとれる電話番号をお願いします 自宅 携帯

※小児の患者さんは現在の体重を記入してください。※お薬手帳をお持ちの場合はお出してください。

1. いつ頃からぐあいが悪いですか？

今日から 昨日から () 日前から () 週間前から () 力月前から () 年前から

2. どのように、ぐあいが悪いのか○をつけてください。いちばんみてほしい症状には◎をつけてください。

発熱 全身症状	() 日前は () 度であった。現在の熱は () 度。 現在は平熱である 頭痛 お腹が痛い 下痢 便秘 全身がだるい 寒気がする その他()
耳 (両側 右 左)	耳あかをとってほしい 耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 耳がつまる 耳に響く 聞こえがわるい 難聴 耳鳴り めまい 補聴器相談
鼻	鼻がでる(水性 粘性 膿性) 鼻がつまる くしゃみ 鼻がのどにながれる 目がかゆい 鼻アレルギー 花粉症 いびき 睡眠時無呼吸 においがわからない 鼻血(両 右 左)
のど	のどが痛い 声がかすれる 声のでない せきがでる 息苦しい たんが出る 食事がとりにくい 異物感(何か異常感がある) 味がわからない 口内炎
その他	できもの がんが心配 培養検査希望 血液検査希望 アレルギー検査希望 エコー検査希望 甲状腺検査希望 レントゲン・CT検査希望 Bスポット療法希望 レーザー希望 紹介希望

簡単に経過を記入してください。

※診察の結果で、必要があると判断した場合に検査、治療、紹介を検討いたします。
※症状によっては、別問診票にも記入をお願いしております。ご協力お願いいたします。

3. あてはまるところに○をつけてください。記入するところがあればお願いいたします。

薬のアレルギー、合わないお薬 無し・あり()
アレルギーについて 花粉症【 スギ ヒノキ カモガヤ ブタクサ ダニ ハウスダスト その他 】
喘息 アトピー 湿疹 卵 牛乳 小麦 その他()
耳鼻科の手術経験 無し・あり【 耳 鼻 副鼻腔 扁桃腺 声帯 その他() 】
現在飲んでいる薬 無し・あり【 小児科の薬 内科の薬 他の耳鼻科の薬() 】
耳鼻科以外の病気 無し・あり(高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 高脂血症 ガン)
妊娠の可能性 無し・あり(月 年)
授乳中ですか? いいえ・はい (現在のお子さんの年齢は 月、 才 月)
たばこを吸いますか? いいえ・はい (1日 本位)

4. いとう耳鼻科をどのようにして知りましたか？

以前も受診したことがある 知人の紹介(様より紹介)
家族が既に受診しているので(お名前 様)
他の医院からの紹介(医院、病院 ※紹介状をお持ちの場合はお出してください)
本、雑誌等を見て インターネット等を見て 広告、看板等を見て その他()

5. どのような診療をお望みですか？

①十分な検査と根本的な治療を希望します ②とりあえず、当面の症状を治してほしい ③お薬をあまり飲みたくない
④胃薬、整腸剤を希望します ⑤お薬はできるだけ長期間の処方希望します ⑥セカンドオピニオン
⑦その他()

6. 希望するお薬はありますか？ ※診察の結果によっては、ご希望に添えない場合もあります。

飲み薬(シロップ 粉薬 錠剤) 点鼻薬 点耳薬 点眼薬 漢方薬 その他()