

# いとう耳鼻咽喉科 病状経過問診票

お名前 \_\_\_\_\_

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

今回当院を受診される症状、病気に関して詳しくお聞かせください。

A.一番診てほしい症状、お困りの症状について教えてください。

B.症状の経過について教えてください。いつ頃から症状がありますか？

今日から          昨日から          (          )日前から          (          )週間前から  
(          )か月前から          (          )年前から          はっきりしない  
常にある          徐々に悪くなりました          急に悪くなりました  
【その他経過について、ございましたら詳しくお書きください。】

C.すでに他の医院や病院で、検査や治療を受けていますか？

- 1.いいえ、今回の受診が初めてです
- 2.はい → (          )日前に診察を受けました          受診した病院名(          )
- 3.受けた検査について教えてください  
血液検査    エコー検査    レントゲン検査    CT検査    MRI検査    その他
- 4.その結果について教えてください  
よくわかりませんでした          診断名→(          )
- 5.主治医からのお話は  
異常ありませんでした          耳鼻科受診を勧められました  
その他→(          )
- 6.当院を受診したのは  
セカンドオピニオン希望で受診しました          自分で調べて受診しました  
その他→(          )
- 7.現在、処方されているお薬はありますか？

D.以前または現在、医師に指摘された病気や症状があれば○印で囲んでください。

- 1.中耳炎   2.蓄膿症   3.高血圧   4.低血圧   5.心臓病   6.糖尿病   7.胃または十二指腸潰瘍
- 8.喘息またはアレルギー   9.目の病気   10.甲状腺の病気   11.脳の病気(脳梗塞、認知症など)
- 12.自律神経失調症   13.更年期   14.てんかん   15.ノイローゼ   16.その他(          )

E.ご自由にお書きください。