

# いとう耳鼻咽喉科 問診票

ふりがな 名前	性別 男・女	生年月日	年	月	日	生まれ
		西暦	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必ず記入してください。

※服用中のお薬があれば、お薬手帳をお持ちの場合はお出してください。( あります ありません 忘れました )

※薬のアレルギー ( ) ・ 特にありません

※紹介受診された場合 様より紹介 ※本を見て来院しました サイトをみて来院しました

1.今回、一番みてほしい症状に◎をつけてください。当てはまる症状には○をつけてください。

<b>耳</b> (両耳 右耳 左耳)	耳あか 痛い かゆい 耳がつまる 聞こえがわるい 耳鳴り めまい(ぐるぐる回る ふらふら揺れる) 補聴器紹介
<b>鼻</b>	鼻がでる(サラサラ ネバネバ 色がつく) 鼻がつまる くしゃみ 後鼻漏 目がかゆい アレルギー 睡眠時無呼吸・いびき においがわからない 鼻血(両鼻 右鼻 左鼻)
<b>口</b>	口内炎 味がわからない 吐き気がする 口が渇く
<b>のど</b>	のどが痛い 声がかすれる 咳 息苦しい 食事がとりにくい 異常感 首が腫れる 甲状腺
<b>その他</b>	発熱あり【現在は( )度】 かぜ症状 お腹の症状 がんが心配 ※その他ありましたら、具体的に書いてください

2.どのような診療を希望しますか？

- ①十分な検査と治療を希望します ②とりあえず症状を治してほしい ③紹介希望( 病院)  
④Bスポット療法 ⑤アレルギー検査 ⑥舌下免疫療法 ⑦睡眠時無呼吸検査 ⑧CPAP療法 ⑨その他( )

3.その症状はいつ頃からありますか？

今朝、昼頃から 昨日から ( )日前から ( )週間前から ( )カ月前から ( )年前から

4.熱はありましたか？

ない ( )日前は( )度であった 寒気 関節痛 ※インフルエンザ検査を( 希望する 希望しない )

5.今回診てもらいたい、主な症状の経過を簡単に書いてください。

6. あてはまるところを○で囲んでください。 ※特になし ←何もない場合はここに○をつけてください。

アレルギー 花粉症 喘息 アトピー 食物アレルギー( ) 採血したことがない  
他の病气 糖尿病 心臓病 高血圧 肝臓 腎臓 脳 ガン( ) IgA 腎症 掌蹠膿疱症  
手術経験 ありません 耳 鼻 副鼻腔 扁桃腺 声帯 その他( )  
どちらの病院で手術しましたか？ ( )  
※妊娠の可能性 あり( 月) 授乳中です ※たばこを吸いますか？ いいえ・1日約( )本

7.お薬の希望はありますか？ ※お子さんのお薬は、ご希望に添えない場合があります。

前回と同じ薬を希望 薬を変えてほしい 薬をあまり飲みたくない 薬は長めの処方希望 漢方は苦手  
点耳薬 点鼻薬 点眼薬 うがい トローチ 鼻クリーム 軟膏  
セキ止め 熱さまし 痛み止め 頭痛薬 漢方薬 胃薬 整腸剤 下痢止め 吐き気止め めまい止め  
飲み薬の希望( シロップ 粉薬 錠剤 朝夕2回のお薬 ) その他( )