

いとう耳鼻咽喉科 基本問診票

ふりがな 名前	性別 男・女	生年月日 西暦 年 月 日 生まれ 現在の体重 kg 現在の年齢 才
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。

耳 (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) 補聴器紹介希望
鼻	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)
口	口内炎 味がわからない 吐き気がする 口が渇く
のど	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
その他	発熱あり【現在は()度】 かぜ症状 お腹の症状 がんが心配 頭痛 ※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 ⑨CT検査 ⑩エコー検査

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。

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

他の病気 糖尿病 心臓病 高血圧 肝臓 腎臓 脳 ガン() IgA 腎症 掌蹠膿疱症

入院・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()カ月) 授乳中です ※たばこを吸いますか？ いいえ・1日約()本

特になし ← 何もなければこれに○をつけてください。

7.お薬の希望はありますか？

前回と同じ薬を希望 薬をあまり飲みたくない 薬はできる限り長めの処方を希望 漢方を希望

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 胃薬 整腸剤 吐き気止め

8.お子さんの飲み薬の希望 (特になし シロップ 粉薬 錠剤 朝夕2回のお薬)

※お子さんのお薬は、薬の種類や体重などによりご希望に添えない場合があります。必ずお子さんの体重を記入してください。