

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。