

耳鼻咽喉科問診票

年 月 日

診察券番号

氏名

年齢

体温 度

身長

cm

体重

kg

渡航歴（1か月以内） なし ある（国名 ）

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

いつから（ ）

どこが、どのようですか

耳が（ ）

鼻が（ ）

のどが（ ）

その他（ ）

○上記のことで他の病院へ行きましたか

行かない

行った（いつ ところに 内容 ）

○以前にも同じような症状がありましたか

なし あり（いつ頃 病名 ）

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ある（ ）

現在 のんでいる薬がありますか ない ある

（薬の説明書があれば見せてください）

★初診の方のみ

◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか

ない ある（ ）

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか（手術を含めて）

ない ある（病名 何歳 治療内容 ）

◆ 食事はとれますか 普通 いつもより少ない 食べられない

◆ 喫煙について 吸わない 吸う（ 歳から 本数/日）

◆ 飲酒について 飲まない 飲む（ 歳から 量/日）

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ある（薬剤名 ）

食物 ない ある（食物 ）

◆ 処方はどちらを希望されますか 院内処方 院外処方

★女性のみ 月経はありますか ない ある（最終月経はいつですか ）

閉経はいつですか（ 歳）

妊娠の可能性 なし あり（現在 ヶ月）

授乳中ですか はい いいえ