

## みやもと耳鼻咽喉科初診問診

ふりがな		生 年 月 日	T S H R	年	月	日
お名前				歳		ヶ月
ご住所	〒					男・女
お電話	携帯	自宅	体重	kg		

(職業)

(1) 症状はいつ頃からですか？

今日から・( ) 日前から・( ) 週間前から・( ) ヶ月前から・( ) 年前から

(2) 今日はどうされましたか (症状に✓をつけ一番気になる症状は○でかこってください)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <b>耳 (右・左・両方)</b><br><input type="checkbox"/> 耳が痛い<br><input type="checkbox"/> 耳だれが出る<br><input type="checkbox"/> 耳がかゆい<br><input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ<br><input type="checkbox"/> 聞こえが悪い<br><input type="checkbox"/> 耳鳴りがする<br><input type="checkbox"/> 耳掃除 | <b>鼻</b><br><input type="checkbox"/> 鼻水 (黄・緑・透明)<br><input type="checkbox"/> 鼻づまり<br><input type="checkbox"/> 鼻血 (右・左・両)<br><input type="checkbox"/> くしゃみ<br><input type="checkbox"/> においがわからない<br><input type="checkbox"/> 鼻水がのどにおりる | <b>のど</b><br><input type="checkbox"/> のどが痛い (食事可 不可 )<br><input type="checkbox"/> のどのつかえ・違和感<br><input type="checkbox"/> のどが腫れている<br><input type="checkbox"/> 咳<br><input type="checkbox"/> 痰 (黄色・透明)<br><input type="checkbox"/> 息苦しい<br><input type="checkbox"/> 声のかすれ<br><input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 呼吸が止まる<br><input type="checkbox"/> 味がわからない |
|---|---|--|

**その他**  めまい  ふらつき  頭痛  花粉症  熱が出ている ( 度)

上記以外の症状や書き足りない場合は具体的にお書きください

(3) (2) の症状で他院受診していた事がありますか

ない  ある (分かれば病名を教えてください)

(病名 病院名 )

(4) 現在、内服中のお薬はありますか (市販薬も含みます)

ない  ある (  お薬手帳や薬の用紙等あり (記入不要です) )

薬剤名

(5) 現在、かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

ない  高血圧  糖尿病  前立腺肥大  気管支喘息  アトピー性皮膚炎  
 心疾患  緑内障  腎臓病  肝臓病  ウイルス性肝炎 ( 型)

その他具体的な病名がありましたらお書きください

( )

(6) 食べ物・薬のアレルギーはありますか \* 薬剤名がわかれば記入してください

ない  ある ( )

(7) 当院をどのようにお知りになりましたか (複数可)

ホームページ  インターネット ( )  看板  家族・親族より  
 知人 ( さん)  他院からの紹介 ( )  電話  近所  その他

(8) 女性の方で、現在妊娠・授乳されていますか

妊娠  いいえ  はい ( 週) (病院名 )

妊娠可能性あり (次月経予定日 日) (最終月経日 日)

授乳  いいえ  はい ( 歳 ヶ月)

(9) 診療明細書 (診療内容が記載された用紙)

※お会計のない方は対象外です

必要  不要