

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)

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