

# 耳鼻咽喉科問診表

フリガナ		性別	生年月日	No.
名前		男・女	年 月 日	
フリガナ				
住所	□□□□-□□□□	電話	( )	
			(携帯: )	

1. あなたが一番困っていることは、次のどれですか？

↑お持ちの方はご記入お願いします。  
(お子様は、保護者の方の番号)

## 耳

- ・どちらの、耳ですか(右・左・両方)
- ・耳掃除
- ・聞こえが悪い
- ・耳がかゆい
- ・耳が痛い
- ・耳だれが出る
- ・耳鳴りがする
- ・耳がふさがった感じがする
- ・その他( )

## 鼻

- ・くしゃみ
- ・鼻水
- ・鼻づまり
- ・眼がかゆい
- ・鼻血が出る
- ・くさい臭いがある
- ・臭いがわからない
- ・痛みがある
- ・その他( )

## のど

- ・のどが痛い
- ・声がかれる
- ・咳が出る
- ・味がわからない
- ・のどがつまる感じ
- ・口が渇く
- ・その他( )

## めまい感

- ・ぐるぐるまわる感じがある
- ・ふわふわする感じがある
- ・吐き気がある
- ・その他( )

2. それはいつ頃からですか？

( )

3. 現在、何か治療中の病気はありますか？

( )

4. 今まで薬、その他でアレルギーが出たことはありますか？(はい・いいえ)

何でアレルギーが起きましたか？ ( )

5. 現在、妊娠していますか？(はい・いいえ)

6. 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

7. たばこを吸われますか？ ( )本/日を ( )年間

8. お酒を飲まれますか？ 日本酒( )合/日 ビール( )本/日

9. 子供さんの体重は何キロですか？ ( )kg

10 発熱はありますか？ ( )℃