

問 診 票 (電話:0877-21-8733)

お手数ですが、下記についてご記入をお願いします。

ふりがな お名前	男・女 (才)	生年月日	【T・S・H・R】 年 月 日生
		電話番号 (できれば携帯も)	
ご住所	〒	妊娠の有無	はい (カ月) ・ いいえ ・ わからない
		授乳中ですか	はい ・ いいえ
		お子様の場合	体重 () k g

① いつからですか? 月 日頃 体温 (℃)

② どんな症状ですか? ☆あてはまるものに○をつけてください。(錠剤・粉薬・シロップ希望)

みみ	はな	のど	めまい
痛い／痒い (右・左)	痛い／痒い	痛い／痒い	ぐるぐるまわる
うみが出る (右・左)	鼻づまり	違和感がある	ふらふらする
耳がつまる (右・左)	鼻出血(5分以内・以上)	声がかすれる	眼の前が暗くなる
耳鳴り (右・左)	鼻汁(水鼻、黄・緑鼻)	咳 (ずっと／夜・朝だけ)	突然／時々／ずっと
聞こえが悪い (右・左)	鼻汁が喉に落ちる	痰	起き上がった時
耳をよく触る	くしゃみ	異物がある	気分が悪く吐き気がある
耳そうじ	臭いがわからない	飲み込みにくい	(その他)

上記以外

③ この症状について、当院を受診するまでに他の医院を受診しましたか?

- ・ 受診していない
- ・ 受診した (月 日 医院 科)
- ・ 薬をもらっている場合、薬の名前 ()

④ 今までに薬を飲んで、体に異常をおこしたことがありますか? 【 ない ・ ある 】

- ・ ある場合 (薬の名前)

⑤ 現在治療中、または以前にかかったことのある病気はありますか? 【 ない・ある 】

- ・ 中耳炎 ・ アレルギー性鼻炎(花粉症) ・ 難聴 ・ めまい ・ 副鼻腔炎 (ちくのう)
- ・ 胃潰瘍 ・ 肝炎 ・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ てんかん(けいれん)
- ・ 糖尿病 ・ アレルギー () ・ その他の病気 ()

⑥ 現在飲んでいる薬はありますか? 【 ない ・ ある 】

- ・ ある場合 (薬の名前)

ご協力ありがとうございました。
おおやま耳鼻咽喉科