

# 問診表

令和 年 月 日

ふりがな

氏名

男 ・ 女 職業:

※体重: kg ※妊娠中( 月)・授乳中(お子様 月)・ いいえ・ 可能性がある

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ( 才)

住所 〒 - ※受診された事があり住所変更がない場合は記入不要です

電話番号 ( ) 携帯番号 ( )

※症状はいつからですか？

日前から 週間前から 月前から 年前から

★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください(複数可)

\*耳( 右 ・ 左 ・ 両方 )…きこえにくい ・ つまった感じ ・ ひびく感じ

水が入った感じ ・ 耳鳴 ・ 痛み ・ 耳だれ ・ かゆみ ・ 耳あか

\*鼻( 右 ・ 左 ・ 両方 )…くしゃみ ・ 鼻水( 水様 ・ 黄色 ) ・ 鼻づまり

鼻血 ・ 痛み ・ できもの ・ 鼻の奥からにおいがする ・ 嗅覚の異常

\*のど・舌…痛み ・ 声枯れ ・ せき ・ たん ・ 違和感 ・ 魚骨など異物感

口内炎 ・ 味が分からない

\*その他の症状・気になる症状

( )

※お薬手帳・検査結果などお持ちの場合は受付にお渡してください

※新型コロナウイルス関連について※

新型コロナウイルス感染歴: なし ・ あり( 月 日 ~ 月 日)

ワクチンの接種: なし ・ あり(1回目 月 日/2回目 月 日/3回目 月 日)

★以下の質問にお答えください

◇普段運転されますか？( 車 ・ バイク ・ 自転車 )する ・ しない

◇飲酒しますか ( いいえ ・ はい 1日 合)

◇喫煙されますか ( いいえ ・ はい 1日 本 年間)

◇今までにかかった事がある又は治療中の病気

( )

【アレルギーについての質問】

◇薬・注射のアレルギー なし ・ あり お薬の名前( )

◇食物のアレルギー なし ・ あり お薬の名前( )

◇金属アレルギー なし ・ あり

原因としてわかっているものがあれば、○をつけてください

\* スギ・カモガヤ・ヒノキ・ブタクサ・ヨモギ・ダニ・ハウスダスト・その他( )

ご協力ありがとうございました 問診表を受付にお渡してください。 人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック