

ふせ耳鼻咽喉科問診票

(No.)

フリガナ		性別	生年月日		体重
氏名	(歳)	男・女	大昭 平令	年 月 日	(15歳以下) kg
フリガナ					
住所	〒 -				
携帯電話			固定電話		

1. あなたが1番困っている症状は？（当てはまる症状に○をつけてください）

【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（時々 / 常に）
- ・ 耳がふさがった感じがする
- ・ その他（ ）
- 耳の症状はいつ頃からですか？
（ ）

【鼻】

- ・ くしゃみ
- ・ 鼻水
- ・ 鼻づまり
- ・ 眼がかゆい
- ・ 鼻血が出る（現在も鼻血が出ている / 止まっている）
- ・ くさい臭いがある
- ・ 臭いがわからない
- ・ 鼻に痛みがある
- ・ その他（ ）
- 鼻の症状はいつ頃からですか？
（ ）

【のど】

- ・ のどが痛い
- ・ 現在息苦しさの有無（ある / なし）
- ・ のどがつまる感じ
- ・ 声がかれる
- ・ 咳が出る
- ・ 味がわからない
- ・ 口が渇く
- ・ その他（ ）
- のどの症状はいつ頃からですか？
（ ）

【めまい】

- ・ ぐるぐるまわる感じがある
- ・ ふわふわする感じがある
- ・ 現在めまい感ありますか？（ある / 今は落ち着いている）
- ・ 吐き気
- ・ その他（ ）
- めまいの症状はいつ頃からですか？
（ ）
- どんな時にめまいは起こりますか？
（ ）

2. 現在治療中の病気、服用中の薬はありますか？ （はい / いいえ）
・ 治療中の病気（ ） ・ 現在服用中の薬（ ）
3. 今まで薬や他でアレルギーが出た事がありますか？ （はい / いいえ）
・ 何に対してアレルギー症状が出ますか？（ ）
4. 発熱はありますか？ （はい 〇℃ / いいえ）
5. たばこを吸われますか？ （はい 1日 本 年間 / いいえ）
6. お酒を飲まれますか？ （はい 日本酒1日 合、ビール1日 本 / いいえ）
7. 現在妊娠していますか？ （はい / いいえ）
・ 出産予定日（ 年 月 日） ・ 現在の妊娠週数（ 週目） ・ かかりつけの産婦人科（ ）
・ 妊娠の可能性のある方（最終生理開始日 年 月 日）
8. 授乳中ですか？ （はい / いいえ）