

ませき耳鼻咽喉科 初診問診票

| | | | |
|------|-----|-----|-------------|
| フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | | | |

●紹介状をお持ちの方は受付へお出してください

●お薬手帳のある方は受付へお出してください

| | |
|---------------|----|
| 体温 | °C |
| 体重 (小学生以下) | kg |

どこが、どのように具合が悪いですか？当てはまる症状に○をつけてください

耳（耳あか きこえにくい 耳が痛い 耳がかゆい 耳だれ 耳鳴り）（右・左）
 鼻（鼻水 鼻づまり 鼻水がのどにおりる 鼻血 においがわかりにくい）
 花粉症 アレルギー性鼻炎（レーザー・舌下免疫療法の相談）
 のど（のどが痛い 咳 痰 飲み込みにくい のどに何かつまった感じがする 声がれ）
 くび（首がはれている ぐりぐりが気になる 甲状腺の病気）
 めまい いびき・無呼吸の相談
 その他（ ）

いつごろからですか？（ ）

以下のなかで希望する（相談したい）検査がありますか？

CT検査 エコー検査 アレルギー血液検査 めまい検査 聴力検査 睡眠時無呼吸検査

過去に大きな病気で入院や手術をしたことがありますか？

なし あり（ ）

現在治療中の病気はありますか？

なし 糖尿病 高血圧 喘息 緑内障 前立腺肥大

その他（ ）

現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり（ ）

*お薬手帳のある方は提出いただければ記載は省略可です

お薬 食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり（ ）

女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？

いいえ はい（ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 ）