

# 毛利耳鼻咽喉科 問診票

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 才)
お名前					
住 所	(〒 — )			15才以下の方へ 体重 ( kg)	
電話番号	— —	携帯番号	— —		

## 次の質問に該当する方はご記入下さい

- ① 注射・飲み薬又は食品で気分が悪くなったり発疹（じんましん）  
がでたりショックを起したことがありますか。  
ある ( 痛み止め・ペニシリン・ピリン系・卵・牛乳 )  
その他 ( )
- ② かかった事のある病気に○印をつけて下さい。  
肝臓病 ( B・C・その他 ) ・糖尿病・心臓病・腎臓病・甲状腺  
(アスピリン)ぜん息・前立腺・高血圧・緑内障・その他 ( )
- ③ 現在のんでいる薬は ( )
- ④ 妊娠していますか？ はい (現在 月)
- 授乳中ですか？ はい ( 月)

## ⑤ 本日はどのような症状で来院されましたか？ (下記の項目の部位に○印を付けてください)

耳(右・左・両方)	痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳あか 耳がふさがる
鼻(右・左・両方)	鼻づまり 鼻水 くしゃみ 味やニオイがわからない 鼻血 他( )
のど	せき たん 痛い のどの違和感 口内炎 声のかすれ 他( )
その他	めまい 首の腫れ 顔のゆがみ 異物(耳・鼻・のど) 熱( °C) 他の症状( )

⑥ 上の症状はいつからですか？ ( ) 日前から ( ) ヶ月前から

⑦ その症状について以前に他の病・医院で治療を受けられたことが  
ありますか？ ある (病・医院名 )