



よこやま耳鼻科問診表

平成 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 才

TEL _____ - _____ - _____

携帯電話 _____ - _____ - _____

〒 _____ 住所 _____

職業 _____

・どこが悪いのですか？

耳：痛い かゆい きこえにくい みみなり その他(_____)

鼻：痛い 鼻水 くしゃみ 鼻づまり ドロドロした鼻水 その他(_____)

のど：痛い ひっかかる せき 声が出にくい その他(_____)

めまい：ぐるぐるまわる ふわふわする 立ちくらみ その他(_____)

その他(_____)

・いつから悪くなりました？

(_____ 日前 _____ 月前 _____ 年前)

お薬でアレルギーがでたり、
気分が悪くなったことがありますか？

はい(くすりの名前 _____) ・ いいえ

・卵アレルギーはありますか？ はい _____ いいえ _____

・車の運転をされますか？ 頻繁に運転する たまに運転する 運転はしない

・たばこを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (1日 _____ 本)

・アルコールは飲みますか？
飲まない ・ 飲む(1日 _____ 杯 ビール・酒・その他 _____)

・これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
胃潰瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
その他(_____)

・他の病院でお薬をもらっていますか？
はい(くすりの名前 _____) ・ いいえ

・女性の方へ、妊娠・授乳はしていますか？
はい(_____ ヶ月) ・ いいえ

・12才以下のお子様へ、体重はいくらですか？(_____ kg)