

【耳鼻咽喉科 問診票】

氏名_____様 年齢____歳
身長_____cm 体重_____kg

1. 本日はどのような症状で受診されますか？

お困りの症状:

いつから: ____月__日 から、 ____日前 ____週間前 ____ヶ月前 ____年前 から

2. これまでに病気にかかったことがありますか？

()なし

()あり → 病気の名前を○で囲んでください。

高血圧 気管支喘息 糖尿病 心臓の病気 脳出血 脳梗塞 腎臓病
前立腺肥大 胃潰瘍 緑内障 その他:

3. 現在服用しているお薬やサプリメントはありますか？

()なし

()あり → 薬の名前:

※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

4. タバコについて

()吸ったことがない

()吸っていたがやめた → ____歳から____歳まで____本/日

()現在吸っている → ____歳から____本/日

5. 飲酒されますか？

()いいえ

()はい → ____歳から____歳まで 頻度:()ほぼ毎日 ()週に____日くらい

お酒の種類: _____ 1回量:_____ml、____本、____合

6. 何かでアレルギーを起こしたことがありますか？

()いいえ

()はい → お薬:_____ 食物:_____ その他:

7. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ ()いいえ ()はい → 妊娠週数____週 ()不明

現在授乳中ですか？ ()いいえ ()はい

8. 感染症についてお聞きします。

1週間以内にコロナ陽性者や濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触はありましたか？ はい (時期 _____) いいえ

過去1週間以内に新たに生じた症状はありますか？

のどの痛み 発熱 鼻水 頭痛 息切れ せき 味を感じにくい

においを感じにくい 該当なし

ご協力ありがとうございました。受付にご提出の上、診察までしばらくお待ちください。

ご記入いただいた情報は診療のためだけに使用いたします。