

【問診票】

むも耳鼻咽喉科クリニック

フリガナ	
名前	大・昭・平・令 年 月 日 男 ・ 女
住所 〒	-
自宅電話	携帯電話
体温 ℃	(小学生以下のみ) 体重 kg

1. 今日はどうされましたか？

●耳(右 左)

痛い かゆい 聞こえが悪い 詰まった感じ 耳掃除 耳だれ 耳鳴り めまい 補聴器の相談

●鼻

鼻水 鼻づまり くしゃみ のどの奥に流れる 痛い かゆい 鼻の乾燥 臭いがわからない 鼻血

●のど

痛い 声がれ 声が出にくい 咳が出る 痰が出る 口内炎 異物感 口が乾く 口臭 味が分からない

●その他

いびき 無呼吸症候群 顔の片側が動かない 顔や首のしこり

上記以外の症状()

2. いつ頃からですか？

月 日 頃から

3. 今までかかったことのある病気(治療中含む)

心臓病 脳梗塞 脳出血 高血圧 高脂血症 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 糖尿病

喘息 アトピー性皮膚炎 その他()

4. 現在内服中の薬はありますか？

ある() ない

5. 薬(ピリン系・ヨード・造影剤など)の副反応や食べ物のアレルギーはありますか？

ある() ない

6. タバコは吸いますか？

吸う(本) 吸わない

7. 車は運転しますか？

毎日 週3~4回 週1~2回 ほぼしない 運転しない

8. 妊娠中、授乳中ですか？

はい いいえ

→妊娠()週 授乳中

9. お聞きになりたいことやご心配なことがありましたらご記入ください

()

10. ご来院のきっかけについてお尋ねします

家の近く 会社 学校の近く インターネット 電話帳 ご家族の紹介 知人の紹介 新聞

その他()

当院は診療情報を取得・活用する事で質の高い医療提供に努めます。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ください。

ありがとうございました。