せの耳鼻咽喉科　問診票　令和　　年　　月　　日 Ver.6.1

ふりがな		身長	cm
氏名	男 女	体重	kg
生年月日	(明治、大正、昭和、平成、令和)　　年　　月　　日　(　　歳)		
住所	〒　　-	携帯電話	(　　)　　ー
		固定電話	(　　)　　ー

1. 本日はどのような事で来られましたか？○印をつけて下さい。
   A. ● 顔がまがった　● 顔のけいれん　● 顔のけが
   B. ● 耳が聞こえにくい（右・左）　● 耳鳴り（右・左）　● めまい　● ふらつき
   ● 耳が痛い（右・左）　● 耳だれ（右・左）　● 耳そうじ
   C. ● 鼻づまり　● 鼻汁　● くしゃみ　● 眼がかゆい　● 鼻吸引
   ● 頭痛　● 頭重感　● 鼻血（右・左）　● 臭いがわからない
   D. ● のどが痛い　● せき　● 声がすれ　● のどの異物感　● 口内炎
   ● 口がかわく　● 味がわからない
   ● 今現在、熱が　ない・ある（　　）℃
   E. ● 甲状腺　● くびがはれている
   F. ● いびき　● 無呼吸　● ナステント　G. ● 禁煙治療
   H. ● 日帰り手術（レーザー手術、副鼻腔炎手術、鼻づまり手術）　●免疫療法　● ピアス
   I. ● その他（　　）

2. いつ頃から悪くなりましたか？
   （　　）

3. 今のんでいる薬はありますか？
   いいえ・はい（薬名：　　）

4. 薬に対するアレルギー（異常反応）がありますか？
   いいえ・はい（薬名：　　）

5. たばこを吸いますか？　いいえ・はい（　　本/日 ×　　年）
   お酒を飲みますか？　いいえ・はい（　　合/日 ×　　年）

6. 現在妊娠の可能性がありますか？　いいえ・わからない・はい（妊娠　　週）
   現在授乳中ですか？　いいえ・はい

7. 今までにかかったことがある病気、または現在治療中の病気に○印をつけて下さい。
   ・高血圧　・糖尿病　・ぜんそく　・高脂血症（コレステロールが高い）
   ・緑内障　・前立腺肥大　・肝臓病　・腎臓病　・その他（　　）
   ・がん（時期：　　年　　月頃）、（部位：　　）

8. 今までに手術をしたことがありますか？
   いいえ・はい（病名：　　）、（時期：　　年　　月頃）

当院をお知りになった理由を教えて下さい。
近所、通りがかり、道路看板、イオン広告、リビング、ホームページ、ちらし、知人から、その他（　　）