

# はたのクリニック 耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科 初診問診票

記入日 年 月 日

ふりがな  氏名	性別 男・女	年齢 歳	
	身長  cm	体重  kg	職業
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	電話 ( )		
住所 〒			

●ご案内●

紹介状等ご持参の方は、受付へお出し下さい。

体温 \_\_\_\_\_ 度

薬を内服中の方は、お薬手帳を受付へお出しください。

1. いつから、どんな症状がありますか？

いつから… \_\_\_\_\_ 頃

- |                   |             |               |
|-------------------|-------------|---------------|
| ・耳が痛い (右・左)       | ・くしゃみがでる    | ・のどが痛い        |
| ・耳がきこえにくい (右・左)   | ・水のような鼻水が出る | ・のどがつまった感じがする |
| ・補聴器の相談をしたい       | ・色のついた鼻水が出る | ・咳・痰が出る       |
| ・耳鳴りがする (右・左)     | ・鼻水がのどへ流れる  | ・声がかすれる       |
| ・耳がかゆい・汁がでる (右・左) | ・鼻がつまる      | ・いびきがひどい      |
| ・めまいがする           | ・においがわかりにくい | ・無呼吸があると言われる  |

その他 ( )

2. 以前に耳鼻咽喉科を受診されたことはありますか？

ある ・ ない

※「ある」の場合、病名・時期・治療内容などについて書いてください。

5. 今まで薬品や食物のアレルギーがありますか？

ある ・ ない

※「ある」の場合、薬品名・食品名・症状などについて書いてください。

3. 今まで下記の病気を指摘されたことがありますか？

ある ・ ない

高血圧・糖尿病・脂質代謝異常・心臓病・肝臓病  
腎臓病・脳血管障害・喘息・前立腺肥大・緑内障  
アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎

6. 女性の方は、現在妊娠中、または授乳中ですか？

はい ・ いいえ

妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ・ 授乳中

4. 上記以外で今までにかかった病気・受けた手術はありますか？

ある ・ ない

※「ある」の場合、病名・時期・治療内容などについて書いてください。

7. 煙草は吸いますか？

吸う (吸っていた) ・ 吸わない

※「吸う」(吸っていた)の場合

喫煙量は一日に \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年間

8. アルコールは飲みますか？

飲む ・ 飲まない

※「飲む」の場合、飲む頻度は週に \_\_\_\_\_ 日

一日に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml