

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	性別 男 ・ 女	年齢 歳
氏 名	身長 cm	体重 kg
生年月日 明・大・昭・平・令 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

1. いつから、どんな症状がありますか？ いつから… _____ 頃

<ul style="list-style-type: none"> ・ 耳が痛い (右・左) ・ 耳がきこえにくい (右・左) ・ 補聴器の相談をしたい ・ 耳鳴りがする (右・左) ・ 耳がかゆい・汁がでる (右・左) ・ めまいがする 	<ul style="list-style-type: none"> ・ くしゃみがでる ・ 水のような鼻水が出る ・ 色のついた鼻水が出る ・ 鼻水がのどへ流れる ・ 鼻がつまる ・ においがわかりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ のどが痛い ・ のどがつまった感じがする ・ 咳・痰が出る ・ 声がかすれる ・ いびきがひどい ・ 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

病名： _____

時期： _____

治療内容： _____

3. 今まで下記の病気を指摘されたことがありますか？

指摘されたことのある疾患に丸をつけてください。

高血圧・糖尿病・脂質代謝異常

心臓病 (ペースメーカーあり or なし)・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

4. 上記以外で今までにかかった病気はありますか？

ある ・ ない

病名： _____

時期： _____

治療内容： _____

5. 今までに手術を行ったことがありますか？

ある ・ ない

病名： _____

手術名： _____

時期： _____

6. 内服中、使用中の薬があれば書いてください。

お薬手帳、お薬情報があれば受付にお出しください。

7. 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。

8. ご本人、ご家族や同居人に“いびき”、“日中の眠気”、“睡眠時の無呼吸”でお困りの方はいますか？

はい ・ いいえ

9. 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 _____ 週 ・ 授乳中 _____ ヶ月

10. 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

11. 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