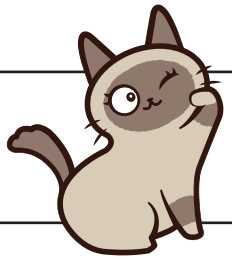
あだち耳鼻咽喉科　問診票

平成　　年　　月　　日

ふりがな	男・女	生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）
氏名		
住所　〒　　電話番号　　携帯電話番号		
勤務先・学校名・保育園、幼稚園名		



体温　　℃　身長、体重（お子様のみ）　　cm　　kg

① 本日はどのような症状ですか？ あてはまる症状に〇で囲んでください。

耳 （右・左）	痛い　かゆい　腫れている　耳たれ　聞こえにくい　ふさがった感じ　めまい　耳鳴り　何か入った　出血 その他（　　）
鼻 （右・左）	鼻水（水っぽい・粘性・緑色・黄色）　鼻づまり　鼻に何か入った　においがしない　花粉症　アレルギー検査希望 鼻の掃除　頬、額、目の奥の痛み　その他（　　）
口・のど	痛い　腫れている　咳・痰（緑・透明）が出る　違和感　飲み込みにくい　むせる　骨が刺さった　いびき　口内炎 睡眠時無呼吸　味がしない　首が腫れている　しこり　のどがひりひりする　その他（　　）
声	声が出ない　出しにくい　かすれ声　その他（　　）
その他 （自由記述）	

② その症状はいつからですか？　（　　）から 急に ・段々と・ 時々

③ 過去にかかった病気や現在お持ちの病気はありますか？ 〇で囲んでください。

なし　高血圧　糖尿病　心臓病　脳血管障害　高脂血症　肝臓病　腎臓病　胃潰瘍　喘息　アトピー　前立腺肥大
緑内障　その他（　　）　手術歴（　　）

④ 現在飲まれているお薬はありますか？　なし・あり　（薬の名前：　　）

⑤ 今までにお薬、食べ物、予防接種等でアレルギーを起こしたことはありますか？　はい　・　いいえ

※お薬手帳や薬の説明書き等お持ちでしたら受付へ提出してください。

お薬、食品名（　　）

⑥ 女性の方へ　現在妊娠中ですか？（はい　　ヶ月・いいえ・わからない）
授乳中ですか？　（はい・いいえ）

⑦ お子様へ　熱性けいれん・ひきつけを起こしたことがありますか？　はい（　　歳　　ヶ月頃）・いいえ
お薬の形にご希望はありますか？　（何でも飲める・錠剤・粉薬・シロップ）
お子様のニックネームなどはありますか（　　ちゃん／くん）

⑧ 嗜好品についてお答えください。

お酒・ビール　（1日　　杯）・飲まない　　タバコ　（1日　　本）・吸わない

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。ご協力ありがとうございました。