

# \*こうえんじ耳鼻咽喉科問診票\*



こうえんじ耳鼻咽喉科  
Koenji ENT Clinic

ふりがな

診察券をお持ちの方

小学生以下の方

氏名：\_\_\_\_\_

診察券番号：\_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg

◇ 本日はどうされましたか？（一番お困りの症状を具体的に御記入ください。）

[ \_\_\_\_\_ ]

◇ 具合の悪いところを御記入ください。

➢いつからですか？ 日前 ・ 週間前 ・ か月前 ・ 年前 ・ 不明

➢熱はありますか？ なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ ℃) ・ わからない

➢痛みはありますか？ なし ・ あり (部位： \_\_\_\_\_ )

➢咳はありますか？ なし ・ あり ( 痰がらみの咳 ・ 空咳 )

➢鼻水はありますか？ なし ・ あり ( 透明 ・ やや黄色い ・ 黄色い )

➢痰はありますか？ なし ・ あり ( 透明 ・ やや黄色い ・ 黄色い )

➢鼻づまりはありますか？ なし ・ あり

➢耳の症状はありますか？ なし ・ あり ( 右側 ・ 左側 ・ 両側 )

耳の症状があるとお答えした患者様へ

➢どんな症状ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

➢めまいはありますか？ なし ・ あり (ふわふわする・ぐるぐる回る・その他： \_\_\_\_\_ )

➢何をすると起きやすいですか？ (頭や体を動かした時・その他： \_\_\_\_\_ )

➢持続時間は大体どれくらいでしょうか？ (数分以内・数時間以内・1日中・今もあり)

➢それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？

いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )

◆ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし ★あり

\*お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい。

\_\_\_\_月\_\_\_\_日より内服、\_\_\_\_日間処方 ( \_\_\_\_\_ )

◇ 薬の内容、剤型について \_\_\_\_\_ ・ 痛み止め希望 \_\_\_\_\_ ・ うがい薬希望 \_\_\_\_\_ ・ トローチ希望 \_\_\_\_\_

小児の患者様へ： \_\_\_\_\_ ・ 錠剤希望(7才以上) \_\_\_\_\_ ・ 粉薬希望 \_\_\_\_\_ ・ シロップ希望 \_\_\_\_\_

◇ どのような診療をお望みですか？

・ 十分な検査を希望 ・ とりあえず症状を抑えたい ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

【ここから下は、初診の方・変更がある方のみご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

なし

アレルギー性鼻炎 緑内障 前立腺肥大 高血圧 糖尿病 喘息 けいれん 脳梗塞

脳出血 心臓疾患(病名： \_\_\_\_\_ ) 心療内科の病気(病名： \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし あり(病名： \_\_\_\_\_ )

◇ 薬にアレルギーはありますか？

なし あり(薬名： \_\_\_\_\_ )

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし あり(薬名： \_\_\_\_\_ )

◇ 女性の方：妊娠の可能性 なし あり ( 妊娠 \_\_\_\_\_ 週、出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

授乳 : なし あり