

浜之上耳鼻咽喉科医院 問診票

記載日											
氏名						続柄	本人 /				
生年月日	明/大/昭/平/西暦				年			月			日
性別	男 / 女 (妊娠 週)										

- 該当する項目をマル (○) で囲んでください。
- 該当する項目がない場合は、その他へ記載ください。
- 体温計をご希望の方は受付までお申し付けください。

起始終過	約[年/月/週/日/時間]前・季節(春/秋)から、[急激/徐々]に発症し、発症時点からは[悪化/不変/改善]している										
症状	耳	[右/左/両方]の[耳痛/かゆみ/難聴/耳漏/耳鳴/耳閉塞感/めまい/耳あか/異物/その他()]									
	鼻	[右/左/両方]の[鼻漏/鼻閉/いびき/くしゃみ/嗅覚障害/鼻出血/口呼吸/その他()]									
	咽喉頭	[口腔/咽喉頭/喉頭/頸部/嚥下時]の[痛み/異状感/喀痰/咳/異物誤嚥/腫脹/嘎声/その他()]									
	その他	発熱(°C)/頭痛[前/後/鼻根/側頭/頬/鼻入口]/倦怠感/筋痛/関節痛/肩こり/寒気/眼症状/吐気 Bスポット療法(Epi)希望/アレルギー検査希望/舌下免疫療法希望/その他()									
既往歴	約()前に[当院/他院()]に受診歴[有/無]で診断名()										
	現在の治療内容及び服用薬物()										
	[ダニ/花粉/小麦/ピリン/抗生物質/不明/その他()]にアレルギー[有/無]で[発疹/喘息/その他]										
家族歴・その他											

- 鼻づまり・くしゃみ・鼻水の方は、1日あたりの回数選んでください。

		鼻汁(鼻かむ回数)又はくしゃみ(回数)				
		21～	20～11	10～6	5～1	0
鼻閉	完全口呼吸	最重症	最重症	最重症	最重症	最重症
	かなり口呼吸	最重症	重症	重症	重症	重症
	時々口呼吸	最重症	重症	中等症	中等症	中等症
	口呼吸(-) 鼻(+)	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
	無	最重症	重症	中等症	軽症	無症状

- 記載後は受付にご提出ください。
- ダウンロード版に記載された方はB5用紙に印刷の上、受付にご提出ください。
- ご協力頂き、ありがとうございました。