

浜之上耳鼻咽喉科 問診票

[当院記入欄: ID _____]

記載日					
ふりがな	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年	月	日
氏名	年齢	歳	性別	男・女	
住所					
電話番号	FAX				

●該当箇所にご記載下さい。

アレルギー	有・無・不明	種類	ダニ・花粉・不明・その他()	血液検査の有無	有・無・不明
該当女性のみ	妊娠中()ヶ月・授乳中	12歳以下の小児のみ	体重 kg	薬の希望	錠剤・粉薬・シロップ
希望者のみ	Bスポット療法・アレルギー検査・舌下免疫療法・内視鏡検査・レントゲン検査()				

●今回の症状について、**該当項目をマル(○)**で囲んで下さい。該当項目がない場合はその他へご記載下さい。

部位	性状
耳	痛み・かゆみ・難聴・耳漏・耳鳴・腫れ・声が響く・耳閉塞感・耳あか・異物・めまい(ぐるぐる・ふわふわ)・その他()
鼻	右・鼻水(水っぽい・ドロドロ・黄・緑・透明)・鼻水がのどに垂れる・鼻づまり・くしゃみ・いびき・悪臭・嗅覚障害・鼻血・その他()
のど	左・痛み・イガイガ・貼りつき・タン(白・黄・緑・透明・固い・血痰)・セキ・声枯れ・異物・その他()
目・口	両側・痛み・かゆみ・腫れ・出血・その他()
その他	発熱()℃・痛み()・倦怠感・肩こり・その他()
症状が始まった時期・出現のタイミング・持続時間等についてお知らせ下さい	

●鼻づまり・くしゃみ・鼻水の方は、**当てはまる箇所をマル(○)**で囲んで下さい。

鼻づまり	口呼吸	1日あたりの鼻をかむまたはくしゃみの回数				
		21～	20～11	10～6	5～1	0
有	いつも口呼吸	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
	口呼吸は無い	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
無	無	最重症	重症	中等症	軽症	無症状

●該当する箇所にご記載下さい。

既往歴	約()前に(当院・他院)を受診し診断名()で治療を(受けたことがある・現在も受けている)
	現在、お薬をお飲みの場合はわかる範囲で教えて下さい(お薬手帳をお持ちの方は 診療時 にお見せ下さい)()
家族歴・その他	

●ご協力頂き、ありがとうございました。記載後は**受付にご提出**下さい。

●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**にご提出下さい。