

問診票

体重 kg(小学生以下)

氏名 _____ 生年月日 T S H R _____ 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

携帯 _____

職業 _____

妊娠中 _____ ヶ月 / 授乳中 (お子さんの年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

薬剤アレルギー 無 有 (_____)

主な症状に○をつけてください

- () 感冒様の症状 喉の痛み 鼻水 咳 痰 _____ 日前より
熱はありますか? 最高で _____ 度 それはいつでしたか? (_____ 日前)
- () 耳が痛く中耳炎が心配あるいは小児科で中耳炎と言われた (_____ 日前)
- () アレルギーのような症状
(くしゃみ 鼻水 鼻づまり ○をつけてください)
- () くしゃみ、鼻水 風邪なのかアレルギーなのかわからない
- () 花粉症 (くしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみ ○をつけてください)
治療に関して 薬で眠気が出やすい 免疫療法希望 血液検査希望
目薬希望 (コンタクト つける つけない)
- () めまい あるいはふらふらする感じ 日前よりまたは _____ 月ごろより
耳の症状はありますか? (右 左 両方)
それはどのような症状ですか? (耳が詰まった感じ 耳鳴 きこえにくい)
いつからですか? 日前 (あるいは _____ 月ごろから)
- () その他の症状 日前より または _____ 月ごろより
耳 耳の痛み 難聴 耳だれ 耳のかゆみ 耳閉感 その他 (_____)
鼻 鼻水 鼻づまり ほっぺたの痛み 鼻の中が痛い その他 (_____)
のど 喉の違和感 のどの詰まった感じ その他 (_____)
(その他気になること _____)

合併症 病名 _____

内服薬 (_____)



お薬手帳をお出しく下さい

武蔵小山 山内耳鼻咽喉科