

問診表

フリガナ
名前

(お子様のみ) 体重 kg

生年月日 T・S・H 年 月 日
住所 〒 - 電話番号
高崎市
市

いつ頃から具合が悪いですか？

[]日前から []ヶ月前から []年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

熱がある °C

耳	いたい[右・左] かゆみ[右・左] 耳鳴り[右・左] めまい 耳だれ[右・左] 聴こえが悪い[右・左] 耳あか 補聴器の相談
鼻	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない 異物 鼻炎 急性副鼻腔炎
のど	いたい せき 痰 違和感 声がれ 魚の骨が刺さった 口がかわく 口内炎 味がわからない

当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

高血圧 糖尿病 前立腺 腎臓病 緑内障 胃潰瘍 喘息

その他および薬剤名

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？ ない ・ ある

薬剤・食物(卵・牛乳) 症状

女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい 現在 週

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

その他なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

既往歴など