

# 問診表

フリガナ

(子供のみ)

体重

kg

名前

生年月日 T・S・H・R

年

月

日

住所 〒 -

電話番号(自宅)

高崎市

(携帯)

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・副鼻腔炎 後鼻漏 鼻の奥の痛み・へばりつく感じ
のど	いたい せき 痰 違和感 声がれ 魚の骨が刺さった 口の乾き 口内炎 味がわからない 日中の眠気 咳払いしたい感じ

当てはまる症状がない場合は下にご記入ください。

- 睡眠時無呼吸検査の話を知りたい
- 注射器を使わない8種アレルギー検査、または食べ物を含めた39種のアレルギー検査(採血)、舌下免疫療法の話を知りたい

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。

耳鼻科での治療歴など