

PL病院 耳鼻咽喉科外来 問診票

MC	Ns

フリガナ
氏名

年齢 歳
男・女 体重 kg

本日の来院目的は？(耳・鼻・のど・その他)
どのような症状で来られましたか？

本日の体温(度)

耳

(右・左・両) 聞こえが悪い 月 日から
(右・左・両) 耳鳴りがする 月 日から
(右・左・両) 耳がふさがる 月 日から
(右・左・両) 耳の下が腫れている 月 日から
上記の症状以外は下記に記入してください

のど

のどが痛い 月 日から
呼吸がしにくい 月 日から
飲み込みにくい 月 日から
のどが詰まる 月 日から
声がかれる 月 日から
咳・痰が多い 月 日から

鼻

(右・左・両) 鼻が詰まる・くしゃみ 月 日から
鼻水が多い
(右・左・両) 鼻血が出た 月 日から
(右・左・両) 鼻に異物が入った 月 日から
(右・左・両) 顔が痛い・しびれる 月 日から
におい・味がわかりにくい

その他

めまいがする 月 日から
(めまいは別紙あり)
顔面が麻痺している 月 日から
(右・左・両)
口の中のできもの 月 日から

現在治療中の疾患 (あり・なし)
※ありの場合下記に詳しく
()病院()科
疾患名()

アレルギー体質と言われたことがありますか
※種類は？ (はい・いいえ)

過去に治療した疾患や受けた手術 (あり・なし)
※ありの場合下記に詳しく

アレルギー検査はしたことありますか (はい・いいえ)

飲んでいる薬 (あり・なし)

タバコ 吸わない・吸う(1日 本)
お酒 飲まない・飲む(1日 ml.)

お薬手帳 (あり・なし)
※お薬手帳持参の方は診察室で見せてください

現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

小児の方へ
飲めないタイプの薬がありますか？
錠剤 カプセル 粉薬
水薬 何でも飲める