

PL病院 耳鼻咽喉科外来 問診表		MC	NS
氏名		薬・注射による副作用 (無・有) 薬品名 ( )	
		アレルギー (無・有) 花粉・食物・金属・その他 ( )	
年齢	才 男 ・ 女	アレルギー検査をしたことはありますか (はい・いいえ)	
体重	Kg	身長	cm
		女性の方のみご記入下さい □妊娠中 □授乳中	
あてはまるところにチェックを入れて下さい		本日の体温 ( ) 度	
耳	<input type="checkbox"/>	耳の痛み (右・左)	その症状はいつからですか? 月 日 から
	<input type="checkbox"/>	耳のかゆみ (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	聞こえが悪い (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	耳がふさがる (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	耳の下の腫れ (右・左)	
のど	<input type="checkbox"/>	喉が痛い (右・左)	月 日 から
	<input type="checkbox"/>	呼吸がしにくい	
	<input type="checkbox"/>	飲み込みにくい (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	喉が詰まる (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	声がかれる	
	<input type="checkbox"/>	咳・痰が多い	
鼻	<input type="checkbox"/>	鼻づまり・くしゃみ	月 日 から
	<input type="checkbox"/>	鼻水が多い	
	<input type="checkbox"/>	鼻血が出た (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	鼻に異物が入った (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	顔が痛い・しびれる (右・左)	
その他	<input type="checkbox"/>	におい・味がわかりにくい	月 日 から
	<input type="checkbox"/>	めまいがする (ふわふわ・ぐるぐる・立ちくらみ)	
	<input type="checkbox"/>	顔が麻痺している (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	口の中のできもの (右・左)	
〈症状について ご自由にご記入下さい〉			
〔 〕			
上記の症状で病院・診療所を受診されましたか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
今までに大きな病気はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
今までに手術をされたことはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
現在治療中の病気はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
内服中の薬はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (PL病院・他院) ⇒ お薬手帳持参 (無・有)	
		薬品名 ( )	
小児で飲めない薬 (錠剤・カプセル・粉末・水薬・なんでも飲める)			
タバコ (吸わない・吸う1日 本)		アルコール (飲まない・飲む1日 ml)	
介護保険の申請 無・有 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)			