

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 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中	
1ヶ月以内に海外へ行かれたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 行き先（ ）			
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（ ）			
小児で飲める薬（なんでも飲める・錠剤・カプセル・粉末・水薬）			
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）			