



問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな 名前	男 ・ 女	※生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)	※電話番号 自宅 () — 携帯 () —	
		※住所 〒	※ご職業	体温(測った方) ℃

※は初診の方のみご記入ください

●今回の症状はいつからですか？

(から)

●どのような症状がありますか？

にチェックをお願いします(いくつでもご記入ください)

◆みみ (右 左 両方)

- 聞こえない、聞き取れない
- 耳がつまる、音がこもる
- 耳鳴りがする

- 耳が痛い
- 耳がかゆい
- その他()

- 耳だれがする
- 耳あかをとってほしい

◆はな

- 鼻水がでる
(透明 白い 黄色・緑色)
(水っぽい ネバネバ)
- 鼻水がのどにおちる

- くしゃみ
- 鼻がつまる
- 鼻がかゆい
- その他()

- 鼻が痛い
- 頬が痛い
- においがわからない
- 鼻をぶつけた
- 鼻血がでた
- 鼻水をとってほしい

◆くち、のど、くび

- のどが痛い
痛くて飲みこめない
- のどが腫れている
- のどに違和感がある
- のどにものがつかえる

- のどがかゆい
- 味がわからない
- くちの中が乾く
- 口内炎
- その他()

- 声がかれる
- せきがでる
- たんがでる
- くびがはれた、しこりがある

◆その他の症状

- 花粉症 目のかゆみ めまい ふらつき 補聴器相談 いびき
- アレルギー検査希望 その他()

●現在治療中の病気、過去に治療を受けたことがある病気はありますか？

- いいえ
- はい ⇒ 糖尿病 高血圧 狭心症・心筋梗塞 喘息 緑内障
- 前立腺肥大 その他()

●現在使用しているお薬はありますか？

- いいえ
- はい ⇒ ()

*お薬手帳をお持ちでしたら、お出しください

●食べ物のアレルギーはありますか？

- いいえ
- はい ⇒ 食べ物名()

●お薬でアレルギーがでたことはありますか？

- いいえ
- はい ⇒ 薬名()

●女性の方へ 現在、妊娠中・授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中(月) 授乳中

●苦手なお薬の剤形はありますか？

- 特になし 錠剤が苦手 粉薬が苦手 漢方が苦手

●たばこは吸いますか？

- いいえ はい (1日に 本)



MASA E.N.T. CLINIC

耳鼻咽喉科まさクリニック