

【妙典さいとう耳鼻咽喉科 問診票】

ふりがな	男 ・ 女	大昭平令	ご住所	〒	—
お名前		年月日生			
歳					
携帯	—	—	電話	()	—
15歳以下のお子様 ※必須 体重 _____ Kg お薬の希望があれば下記に○をつけて下さい。 (なし 粉薬 シロップ 錠剤)			熱はありますか？ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 来院前()度 なし ある 今()度 解熱剤()時服用		

※ 当てはまる所に○印 もしくは ご記入下さい。

どのような症状で受診されましたか？	耳 ()日前から	鼻 ()日前から	のど ()日前から
	<ul style="list-style-type: none"> ・耳がいたい(右・左) ・耳だれが出る(右・左) ・耳がかゆい(右・左) ・聞こえにくい(右・左) ・耳鳴りがある(右・左) ・耳がつまる(右・左) ・めまいがする 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻水(下記より選択して下さい) ① サラサラした鼻水 ② ネバネバした鼻水 ③ 黄色い鼻水 ・鼻がつまる ・コイガよくわからない ・鼻血が出る(右・左) 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・たんが出る ・せきが出る ・声がかかる ・のどに違和感がある
めまいがする方は、該当するものに○をつけて下さい。	右記症状 すべてなし	・手足の麻痺 ・難聴(右・左)	・割れるような頭痛
その他の症状			
持病または今までになった病気はありますか？ なければ「ない」に○をつけて下さい。	・ない	<ul style="list-style-type: none"> ・喘息(服用なし・あり / 吸入薬なし・あり) ・けいれん(歳の時回) ・縁内障 ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・肝疾患(肝炎等) ・心臓病 ・腎臓病 ・その他() 	
現在服用中の薬があれば必ずお書き下さい。	ない場合は「なし」に○をつけて下さい。 なし あり「」		
アレルギーをおこす物はありますか？ なければ「ない」に○をつけて下さい。	※お薬(ないある) → (薬名) ※食べ物(ないある) → (食べ物) ※その他(ないある) → (具体的に)		
女性の方へ(必須) 妊娠はされていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・していない ・妊娠中(ヶ月) <ul style="list-style-type: none"> ・不妊治療中：現在妊娠の可能性(なし・あり・不明) 		
女性の方へ(必須) 授乳されていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・していない ・授乳中 		
タバコは吸いますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・吸わない ・吸う(1日本)(年間) ・やめた(年前) 		
当院をお知りになられたきっかけは？	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ ・駅看板(妙典原木中山西船橋) ・近所だから ・家族、親族 ・知人、友人(お名前) ・他の医療機関(医院名) ・その他() 		

必要事項に不備や記入漏れ等がございますと、診察の順番が前後する場合があります。予めご了承の上、正確な記入をお願い申し上げます。