

ID \_\_\_\_\_

## 耳鼻咽喉科 問診票

体温 \_\_\_\_\_ °C

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

14歳以下の方

体重 \_\_\_\_\_ kg

・今回の経過中に発熱はありましたか？ はい（ 月 日 最高 \_\_\_\_\_ °C ） ・ いいえ  
 ・今回の症状で他院も受診しましたか？ はい（ 診断： \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

症状について：項目にチェックをつけ、それぞれいつからあるのかを書いてください。

●耳	いつから	●のど	いつから	●鼻（ <input type="checkbox"/> 花粉症かも）	いつから
<input type="checkbox"/> 耳が痛い（右・左）		<input type="checkbox"/> 痛み		<input type="checkbox"/> 鼻水	
<input type="checkbox"/> 耳だれ（右・左）		<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> 鼻づまり	
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい（右・左）		<input type="checkbox"/> 痰		<input type="checkbox"/> くしゃみ	
<input type="checkbox"/> 詰まった感じ（右・左）		<input type="checkbox"/> 声がかすれる		<input type="checkbox"/> 匂いがわからない	
<input type="checkbox"/> 耳鳴り（右・左）		<input type="checkbox"/> つかえ感、異物感		<input type="checkbox"/> 鼻血	
●めまい	いつから	●頸部（くび）	いつから	●くち	いつから
<input type="checkbox"/> ぐるぐる回る		<input type="checkbox"/> 痛み		<input type="checkbox"/> 痛み	
<input type="checkbox"/> フワフワ・フラフラ		<input type="checkbox"/> 腫れている		<input type="checkbox"/> 味がわからない	
<input type="checkbox"/> 目の前が真っ暗になる				<input type="checkbox"/> 舌がおかしい	
●その他：（ _____ ）					

これまでの病気・ケガについて

今までに大きな病気や手術をうけたことがありますか？

なし  あり ⇒  耳鼻咽喉科の病気・手術（ \_\_\_\_\_ ）  
 高血圧  糖尿病  心臓病  肝臓病  腎臓病  
 喘息  前立腺肥大  緑内障  結核  頸椎症  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

現在服用中の薬はありますか？

なし  あり ⇒ 薬剤名（ \_\_\_\_\_ ）  薬手帳参照

薬のアレルギーはありますか？

なし  あり ⇒  抗菌薬（ \_\_\_\_\_ ）  解熱鎮痛剤  造影剤  
 麻酔薬（キシロカイン等）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

花粉症の方：以前に使用したことのある花粉症薬の効果を教えてください。（使用したことない）

効果なし ⇒ 薬剤（ \_\_\_\_\_ ） 効果あり ⇒ 薬剤（ \_\_\_\_\_ ）

嗜好品について

タバコを吸いますか？

吸ったことがない  吸う（ \_\_\_\_\_ ）本/日（ \_\_\_\_\_ ）年間 （ \_\_\_\_\_ ）歳で禁煙 前は（ \_\_\_\_\_ ）本/日

酒を飲みますか？

飲まない  飲む：ビール（ \_\_\_\_\_ ）本/日・日本酒（ \_\_\_\_\_ ）合/日・その他（ \_\_\_\_\_ ）

女性の方へ：現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ  妊娠（ \_\_\_\_\_ ）ヶ月  授乳中  わからない

小児の方へ：飲めないタイプの薬はありますか？

何でも飲める  錠剤がダメ  カプセルがダメ  粉薬がダメ  水薬がダメ