

どい耳鼻咽喉科 問診票

記載日：平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大 昭 平	年	月	日	才
名前				(才	ヶ月)	
ご住所〒				電話番号 ()			
				携帯電話 ()			
(熱がある場合)体温			℃	(お子様の場合必ず記入してください)体重			kg

●当院をどちらでお知りになりましたか？当てはまるものに○をつけてください。

・□コミ ・ホームページ ・チラシ等 ・ご近所 ・看板(当院・道路・バス) ・電話帳
 ・他の医療機関からの紹介(医院・病院)、他()

●お困りの症状を○で囲んでください。ほかに相談したい内容は△をつけてください。

耳 右・左	痛い、かゆい、耳だれ、耳垢、聞こえにくい、ふさがった感じ、ひびく、 耳鳴り、めまい、他()
鼻	痛い、くしゃみ、鼻水(水っぽい、ねばねば、色のついた)、鼻づまり 鼻水がのどに落ちる、鼻血、においがしない、他()
口・のど 舌・首	痛い、せき、たん、声がれ、のどがつまる感じ、食事が通りにくい いびき、開きにくい、乾く、味がわからない、腫れた、他()
その他	発熱、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、他() がんが心配、アレルギーの検査がしたい、甲状腺の検査がしたい

●その症状はいつからですか？ 続いている ・ 繰り返す

●薬剤アレルギー なし ・ あり (鎮痛薬 ・ 局所麻酔 ・)

●食物アレルギー なし ・ あり (卵 ・ 牛乳 ・)

●妊娠 なし ・ あり (ヶ月)

●他の病気 なし ・ あり (腎臓病 ・ けいれん ・)

内服薬 ()

※お薬手帳がございましたら、この問診票とともに受付にお出してください。

●どのような診療をお望みですか？

・十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
 ・とりあえず、当面の症状を抑えてほしい
 ・その他()

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。

どい耳鼻咽喉科

