



ハートアイランド耳鼻いんこう科 問診票

お名前： _____ 年齢： _____ 性別（男・女）

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

耳（き・びたり） 痛み かゆみ 耳だれ きこえない 耳鳴り めまい
その他（ _____ ）

鼻 鼻みず くしゃみ 鼻づまり 鼻血 においがわからない
その他（ _____ ）

口・のど 痛み はれもの 味がわからない せき たん 飲み込めない
声がかれる のどの違和感
その他（ _____ ）

くび 痛み はれもの
その他（ _____ ）

この症状はいつからですか？ _____ 日前・ _____ 週間前・ _____ 年前 から
その他（ _____ ）

2. 今までに大きな病気になったり、治療を受けたことがありますか？

高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 不整脈 喘息 胃潰瘍 肝炎 結核
がん（部位 _____ ）
その他（ _____ ）

3. 現在、お飲みになっている薬がありますか？

いいえ・はい → お薬手帳をご提示下さい。
お薬手帳が無い場合は薬の名前をお書きください。
（ _____ ）

4. 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい _____ 年前 _____ 歳頃 手術名（ _____ ）

5. 薬・注射で副作用・アレルギーがありますか？

いいえ・はい（ _____ ）

6. タバコを吸いますか？

いいえ・はい 1日 _____ 本 _____ 年間

7. お酒を飲みますか？

いいえ・はい 1日の飲酒量（ _____ ）

8. 現在、妊娠しているか、またはその可能性がありますか？（女性の方）

いいえ・はい 第 _____ 週

9. 現在、授乳中ですか？（女性の方）

いいえ・はい

10. 来院のきっかけは？

ホームページ・近所だから・知人の紹介・バス放送・看板・電柱・消火栓・その他

問診票を記入した方（本人・親・家族・その他）