耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科　はまじまクリニック問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	性別　男　・　女		年齢　　歳
氏　　名	身長 cm	体重 kg	職業
生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日	電話　　（　　）		
住　　所　　〒			

●ご案内●

紹介状等ご持参の方は、受付へお出し下さい。　　**体温＿＿＿＿＿＿度**

お薬手帳をお持ちの方は、診察時医師にお見せ下さい。

診察時の参考にしますので、当てはまるところに記入してください。

1. いつから、どんな症状がありますか？　　いつから…＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿頃

・めまいがする　・鼻がつまる（右・左）　・のどが痛い
・耳がきこえにくい（右・左）　・くしゃみがでる　・のどがつまった感じがする
・補聴器の相談をしたい　・水様の鼻水が出る　・咳が出る
・耳鳴りがする（右・左）　・色のついた鼻水が出る　・声がかすれる
・耳が痛い（右・左）　・鼻水がのどへ流れる　・いびきがひどい
・耳がかゆい・汁がでる（右・左）　・においがわかりにくい　・無呼吸があると言われる

その他（　　）

2. 以前に耳鼻咽喉科を受診されたことはありますか？
ある　・　ない
※「ある」の場合、病院名・時期・病名・治療内容などについて詳しく書いてください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 現在治療中の病気はありますか？　ある　・　ない
※「ある」の場合、病院名・病名・薬（市販薬も）・治療内容などについて書いてください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. 今までに薬が合わなかったことがありますか？
ある　・　ない

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. お薬はジェネリック医薬品をご希望なさいますか？
・・・　どちらでもよい　・　はい　・　いいえ

6. 前立腺肥大を診断されたことがありますか？
尿が出にくいことがありますか？・・・・
ある　・　ない

7. 女性の方は、現在妊娠中または、授乳中ですか？
はい　・　いいえ
※妊娠　　ヶ月　・　授乳中

8. 緑内障はありますか？・・・　はい　・　いいえ

9. 心電図で異常を指摘されたことはありますか？
ある・ない

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10. アレルギー性鼻炎や花粉症はありますか？・・・
ある・　ない　・　わからない
アレルギーの原因がわかれば書いてください。
スギ花粉　・　ほこり　・　ダニ　・
その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

11. 煙草は吸いますか？
吸う（吸っていた）　・　吸わない
※「吸う」（吸っていた）の場合
喫煙量は一日に＿＿＿＿本×＿＿＿＿年間
※いつから禁煙していますか？＿＿＿＿＿＿頃から

12. アルコールは飲みますか？・　飲む　・　飲まない
※「飲む」の場合、飲む頻度は週に＿＿＿＿＿＿日
一日に＿＿＿＿＿＿を＿＿＿＿＿＿ｍｌ

※個人情報の取り扱いに十分注意し、患者さんの診療目的以外には使用致しません。