佐野耳鼻咽喉科
SANO ENT ear, nose and throat

問診票

年　月　日

ふりがな		男 女	生年月日	大・昭・平・令 年　月　日生
氏名			年齢	歳
住所	〒　-			今日の体温
電話	（自宅）　（携帯）			℃

該当する症状に ☑ チェックを付けてください。

①本日のお困りの症状に☑チェックを付けて主要症状に○で囲んでください。	耳（右・左・両側）	☐ 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　☐ めまい
	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　☐ 鼻水がのどにおちる　☐ 鼻血　☐ アレルギーの検査
	口、のど、舌、首	☐ 痛い　☐ せき　☐ たん　☐ 声がれ　☐ のどが詰まる感じ ☐ 腫れた　☐ いびき　☐ 無呼吸
	その他	
②それはいつ頃から始まりましたか？		
③現在他の病院にかかっていますか？内服はされていますか？	☐ いいえ ☐ はい	※「はい」とお答えの方 病院名 病名：☐ 高血圧　☐ 糖尿　☐ その他（　　） 現在服用中の薬 ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。
④耳鼻科を受診、治療されたことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい	※「はい」とお答えの方 病院名： 病名：
⑤これまでに注射や薬で気分が悪くなったり、アレルギーが出たことがありますか？	☐ いいえ ☐ はい	※「はい」とお答えの方 どんな症状ですか： 薬品・食物：
⑥かぜ薬や鼻炎の薬で眠たくなることがありますか？	☐ いいえ　☐ 少し眠い　☐ 大分眠い　☐ 不明	
⑦女性の方にお尋ねします。現在妊娠、授乳されていますか？	☐ いいえ　☐ はい（妊娠　　ケ月）　☐ 授乳中	