

(耳鼻科) 問 診 票

年 月 日

ふりがな					
氏 名					男 ・ 女
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日		(歳 ヲ月)		
↓ ☆ 初めておかけの方、変更のある方はご記入をお願いします。					
住 所	〒				
T E L	[自宅]		[携帯]		
体温			℃	体重 (お子様のみ) k g	
症状はいつ頃からですか？(○をつけてください)					
		今日	昨日	() 日前	()
みみ	痛い 聞こえづらい かゆい つままっている感じ 右耳 ・ 左耳 耳鳴りがする 自分の声が響く 耳だれ その他 ()				
	鼻水 鼻づまり 鼻が痛い 鼻血 鼻が臭い くしゃみがよく出る においが判らない 鼻がのどにもどる その他 ()				
のど	痛い(のど・口の中・舌) せきが出る 息苦しい かわく たんが出る たんに血がまじる 声が出ない 声がかすれる その他 ()				
	痛い(かお・くび・ほほ・あご) かおのけいれん ゆがみ 腫れ(かお・くび・ほほ・あご・耳の下) その他 ()				
あたま	めまい(ぐるぐる回る感じ・ふわふわ浮いた感じ) 痛い 重い その他 ()				
	()				
アレルギー -	食べ物 : ない ある ()				
	薬 剤 : ない ある ()				
嗜好品	お 酒 : 飲む(1日 本) ときどき 飲まない				
	たばこ : 吸う(1日 本) 以前吸っていた 吸わない				

⑦女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？(はい ・ いいえ ・ 可能性あり)授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

↑はいとお答えの方はご記入ください 出産予定日 (年 月 日)