



耳鼻咽喉科問診票

鼻出血で診察を希望される方へ

当診療所には、鼻出血の止血を行う器具(電気焼却・レーザー治療器具など)を置いておりません。

止血処置をご希望の方は他の医療機関を受診して下さい。診察時に鼻出血が無く診察をご希望の方はご相談ください。

氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名()				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 種類()				

該当する項目に☑印を付けてください。

健康診断の二次検査 (当診療所 他の医療機関)

下記の症状のため

耳		
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 耳垂れ	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> めまい		
<input type="checkbox"/> その他()		

鼻	
<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> においがよくわからない
<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)
<input type="checkbox"/> くしゃみ	
<input type="checkbox"/> その他()	

その他

のど	
<input type="checkbox"/> のどがいたい	<input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れている
<input type="checkbox"/> 声がかれる	<input type="checkbox"/> くちの中にできものがある
<input type="checkbox"/> 舌が荒れている	<input type="checkbox"/> 息苦しい
<input type="checkbox"/> その他()	

症状はいつ頃からですか? _____年 _____月 _____日頃から

妊娠している可能性がありますか?

いいえ はい (妊娠週数 _____ 週) 授乳中

(切り取り線 ≡)

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。

余白

切り取り