

受付 No.

もりべ耳鼻咽喉科クリニック 初診問診票

ふりがな 氏 名	性別 男 ・ 女	年齢 歳
	体重 (15歳未満の方) kg	《お熱のある方》 体温 度
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	電話 ()	携帯電話 ()
住 所 〒		

●ご案内●

紹介状等ご持参の方は、受付へお出し下さい。

薬を内服中の方は、お薬手帳を受付へお出しください。

① いつから、どんな症状がありますか？

いつから… 頃

- ・ 耳が痛い (右・左)
- ・ 耳がきこえにくい (右・左)
- ・ 補聴器の相談をしたい
- ・ 耳鳴りがする (右・左)
- ・ 耳がかゆい・汁がでる (右・左)
- ・ めまいがする
- ・ 目のかゆみ、赤みがある
- ・ 鼻水が出る(水様・どろどろ)
- ・ 鼻がつまる
- ・ 鼻水がのどへ流れる
- ・ くしゃみがでる
- ・ においがわかりにくい
- ・ のどが痛い
- ・ のどに違和感がある
- ・ 咳・痰が出る
- ・ 声がかすれる
- ・ いびきがひどい
- ・ 無呼吸があると言われる

その他 ()

② 今まで下記の病気を指摘されたことがありますか？

糖尿病・気管支喘息・前立腺肥大・緑内障

⑤ 今まで薬品や食物のアレルギーがありますか？

(ある ・ ない)

※ 「ある」の場合、薬品名・食品名・症状などについて書いてください。

③ 上記以外で今までにかかった病気や手術を受けた

ことはありますか？ (ある ・ ない)

※ 「ある」の場合、病名・時期・治療内容などについて書いてください。

⑥ 女性の方は、現在妊娠中ですか？

(はい ・ いいえ) 妊娠 週

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

④ 今飲んでいる薬があれば書いてください。お薬手帳

を出された場合は記載不要です。

⑦ 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