

患者登録票・問診票【耳鼻咽喉科】

フリガナ	
お名前	()歳
ご住所	〒
電話	()
体重	kg

こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

耳：(右、左、両方)

[痛い、かゆい、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、鳴る、めまい、耳垢]

鼻：[くしゃみ、鼻水、鼻づまり(右、左、両方)、かゆい、鼻がのどにまとわり、

鼻血(右、左、両方)、においがわからない、鼻が臭い]

のど：[痛い、咳が出る、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる、痰に血が混じる、

食事ができない・いびきをかく・いつも口を開いている・睡眠中呼吸が止まる]

熱：(無・有____℃)

その他：()

・それはいつ頃からですか？ _____頃から

・手術をご希望ですか？ [はい]

・高血圧、心臓病、肝臓[肝炎(B・C)]、HIV、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、緑内障、甲状腺の病気、などにかかったことがありますか？(○をおつけください。)[特になし]

・過去、手術をうけたことがありますか？(いつごろ、どのような手術を受けられましたか？)

(無・有_____)

・現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください。

お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください。[特になし]

(病院、医院名)_____

(お薬)_____

[シロップ・こな・錠剤](服用可能な形状に○、難しい形状に×をお付けください。)

・お薬で副作用がでたことがありますか？ [無・有(お薬名) (副作用)]

・使用できない薬剤はありますか？ [無、ヨード、キシロカイン、ステロイド、その他()]

・卵アレルギーがありますか？ (無・有)

・タバコは吸いますか？ [吸わない、吸う 本/日、 年間](成人の方のみ)

・妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ [いいえ・はい ヶ月]

・授乳中ですか？ [いいえ・はい](女性の方のみ)

・その他(診療、治療に関するご希望がありましたらお書きください。)

ご協力ありがとうございました。