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、鼻がのどにまとわる、

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？（〇をおつけください。）［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］（服用可能な形状に〇、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。