

|               |  |
|---------------|--|
| お名前<br>(カタカナ) |  |
|---------------|--|

ID :

 エントリー済み

## 耳鼻咽喉科 問診票

\* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_

どのような症状ですか。 \_\_\_\_\_

症状が出ている部位はどちらですか。 \_\_\_\_\_

2. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ  はい → : \_\_\_\_\_ お薬手帳  あり  なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

 いいえ  はい → :  粉末  錠剤  シロップ

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

 いいえ はい → 薬剤名 : \_\_\_\_\_  
→ アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

卵・牛乳のアレルギー

 いいえ はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

 いいえ  はい → : \_\_\_\_\_

ここからは成人の方のみご回答下さい

5. 喫煙歴について  喫煙はしない 喫煙をしている。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい) 以前喫煙をしていた。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい)6. 飲酒について  飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度  ほぼ毎日  週に \_\_\_\_\_ 回くらい)

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい  可能性あり授乳中ですか  いいえ  はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。