



耳鼻咽喉科 問診票



お名前 _____ 年齢 _____ 歳 体温 _____ °C 体重 _____ kg

1. 本日も困りの症状（具合の悪いところ）についてお伺いします

①どこが、どのように具合が悪くなりましたか？

②それは、いつ頃からですか？

③そのことで、病院を受診したり、お薬を飲まれていれば、教えてください

2. 今までに、耳鼻科（当院、他院ともに）で診察、治療、手術を受けたことはありますか？

無 ・ 有 → いつ頃： _____ どのような： _____

3. 耳鼻科以外でかかっている（かかったことのある）病気、うけた手術はありますか？

無 ・ 有 → 病名： _____
手術（無 ・ 有 → いつ頃： _____ どのような： _____）

4. 現在、服用している薬はありますか？

（無 ・ 有 → 薬の名前： _____）

※お薬手帳をお持ちの場合は、診察時に担当医への提示をお願いします



5. アレルギーについてお伺いします

アレルギー疾患（無 ・ 有 → 花粉症、喘息、アトピー性皮膚炎、その他： _____）

薬剤アレルギー（無 ・ 有 → 薬の名前： _____）

・キシロカイン（局所麻酔薬）（無 ・ 有）

食物・果物アレルギー（無 ・ 有 → 種類： _____）

ラテックスアレルギー（無 ・ 有）

6. 嗜好品についてお伺いします

タバコ 吸わない ・ 吸う → 1日 _____ 本 _____ 年間

お酒 飲まない ・ 飲む → 種類： _____ 1日の量 _____

7. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性（無 ・ 有）

妊娠中（無 ・ 有 → 妊娠 _____ ヶ月） 授乳中（無 ・ 有）



当院は予約診療をしておりますので、予約以外の患者様は待ち時間が長くなる場合があります