

みみ・はな・のど オレンジクリニック 問診票

(フリガナ)
氏名

生年 月 日
MT SH

年 月 日

年齢 歳

住所

電話番号

1. 本日はどのような理由で来院されましたか?

①熱はありますか? ない・ある (昨日 °C・今日 °C)

②鼻出血がある (右・左・両方)

⑩耳が痛い (右・左・両方)

⑱耳あかそうじ

③鼻がつまる (右・左・両方)

⑫耳がかゆい (右・左・両方)

⑲頭が痛い・ほほの痛み

④鼻水が出る (透明・色つき)

⑬耳だれが出る (右・左・両方)

⑳のどに骨がささった

⑤鼻水がのどにおちる

⑭耳のつまり感 (右・左・両方)

㉑目がかゆい

⑥せきが出る (日中・夜)

⑮耳鳴りがする (右・左・両方)

㉒その他

⑦たんがからむ

⑯きこえが悪い (右・左・両方)

⑧のどが痛い

⑰めまいがする (グルグル・ふわふわ)

⑨のどに違和感がある

⑩声がかすれる

2. いつごろから症状がありますか? 今一番つらい症状はなんですか?

()

3. 次の疾患をもっていますか?

①高血圧

②糖尿病

③胃潰瘍

④気管支喘息

⑤高脂血症

⑥不整脈

⑦脳梗塞

⑧心臓病

⑨肝臓病

⑩不眠症

⑪緑内障

⑫痛風

⑬動脈硬化

⑭腎臓病

⑮前立腺肥大症

⑯甲状腺

⑰リウマチ

⑱アトピー性皮膚炎

⑲逆流性食道炎

⑳その他

4. 今まで薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか?

ない ・ ある それは何ですか? ()

5. 喫煙歴

ない・ある (現在・過去) 1日に()本×()年

アルコール 毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない

6. 現在お飲みになっている薬はありますか?

ない ・ ある (薬の名前:)

7. 何か医師や看護師に相談しておきたいことはありますか?

例: 治療中の病気、手術歴など

()

8. 現在、妊娠・授乳等あれば記入してください。

例: 出産予定日・産院 : 授乳中○ヶ月の子供

()