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 TS HR　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発熱　現在＿＿＿℃

いつから発熱がありましたか？（　　）

解熱剤を使用しましたか？(使用していない・使用した＿＿＿＿＿＿時)

②鼻水が出る(透明・色付き)
③鼻水がのどに落ちる
④鼻が詰まる
⑤咳が出る（痰がらみ・乾燥・咳あげ)
⑥のどが痛い
⑦声がかすれる
⑧下痢・嘔吐
⑨鼻血が出る（右・左・両方)
⑩目がかゆい（コンタクト有・無)
⑪耳あかそうじ
⑫頭が痛い（全体・おでこ)
⑬ほほが痛む
⑭耳がかゆい（右・左・両方)
⑮耳が痛い（右・左・両方)
⑯耳だれが出る（右・左・両方)
⑰耳が詰まる(右･左･両方)(いつから　　)
⑱耳鳴りがする（現在も続いている・一時的)
　どんな音がしますか→（　　)
⑲聞こえが悪い(右･左･両方)(いつから　　)
⑳めまいがする（グルグル・ふわふわ・嘔気有)
㉑骨がのどに刺さった
㉒その他（　　)

上記の症状はいつからありますか？（　　）

2. お薬手帳をお持ちですか?　ない　・　ある

お持ちの方はお出しください。

3. 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：　　)

4. 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　　：授乳中〇ヶ月の子供

(　　)

5. 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〔　　〕

6. 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?(　　)

7. 喫煙歴　ない・ある（現在・過去)　１日に(　　)本×(　　)年

8. アルコール　毎日飲む　・　たまに飲む　・　飲まない

9. 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

(　　)