

問 診 票

記入日 年 月 日

今日はコインパーキングを利用していますか？ はい いいえ

フリガナ

お名前 _____ 年齢 _____ 才 TEL _____

ご住所 〒 _____

1、今日はなぜ来られましたか？ 下記項目で該当する症状にレをつけてください

耳 (左・右)	鼻 (左・右)	のど
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> のどが痛い
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> 鼻水がでる	<input type="checkbox"/> のどがつまる
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> くしゃみが多い	<input type="checkbox"/> 扁桃が痛い
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	<input type="checkbox"/> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 口の中が痛い
<input type="checkbox"/> 耳だれがでる	<input type="checkbox"/> 匂いがわからない	<input type="checkbox"/> 舌があれている
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	<input type="checkbox"/> 鼻血がでる	<input type="checkbox"/> 声が出しにくい

その他 [_____]

2、いつ頃から悪くなりましたか？

今朝 昨日 数日前 1週間前 数週間前 1か月前

その他 [_____]

※めまい、耳鳴りの症状がある程度見られる方は、詳しい問診票の記入と検査の必要があります

3、現在通院又は薬を服用していますか？

はい (病院名と病名と薬品名を書いてください)

[_____]

いいえ

4、今までに病気や手術をしたことがありますか？

はい (いつ頃でどのような病気ですか？)

[_____]

いいえ

5、下記の項目であてはまるものがあればチェックしてください。

喘息 食物アレルギー (卵、牛乳、その他) 妊娠中 授乳中 熱けいれん

緑内障 B型肝炎 C型肝炎 歯科の麻酔で具合が悪くなったことがある

喫煙する (1日 _____ 本)

6、薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？

はい (分かれば薬品名を書いてください)

[_____]

いいえ

7、当院をどのようにして知りましたか？

①昔から知っている ②口コミ ③ホームページを見て ④その他 [_____]

8、鼻のレーザー治療について詳しく知りたいですか？ はい いいえ わからない

9、アレルギー簡易採血検査を希望しますか？ (費用がかかります) はい いいえ わからない