

堀井耳鼻咽喉科問診票

2004.11.16

今後の診療にぜひ必要な事柄ですので、わかる範囲でご記入ください。この問診票は7年間は保存されますので、次回からはお手間を取らせることはありません。ご自身で記入しにくい時はお手伝いさせていただきますので、遠慮なく職員にお声をおかけください。

| | | | | | |
|-------------|---|----|-----|------|----------------------|
| ふりがな ご氏名 | | 性別 | 男 女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | | | 電話番号 | — — |

1. 今日**どこが具合が悪くて**来院されましたか？（例：耳が痛い）いくつもある時は全部お書きください。

2. その症状は**いつ頃から**続いていますか？

3. その症状は、始まってから今までの間に（あてはまるものに○つけてください）

強くなっている あまり変わらない やわらいでいる

4. **今までに耳鼻科**にかかったことがおありの場合は、時期と病名または症状をお書きください。

| | | |
|---|--|--|
| 歳 | | |
| 歳 | | |
| 歳 | | |

5. **耳鼻科以外で、今までに**入院、手術、中長期の通院などをされたことがありましたら、その時期と病名または症状をお書きください。

| | | |
|---|--|--|
| 歳 | | |
| 歳 | | |
| 歳 | | |
| 歳 | | |

6. **現在、通院**されている病院、医院がありましたら、その科と病名または症状をお書きください。

| | |
|---|-------|
| 科 | _____ |
| 科 | _____ |
| 科 | _____ |
| 科 | _____ |

7. 現在使っておられる**お薬**（飲み薬、点滴、塗り薬など）がある方はお書きください。お薬手帳などの記録をお持ちの場合は、診察の際に提示してください。

8. 今までにお薬や食べ物で異常が見られたことのある方はお書きください。また医師などに**アレルギー**を指摘されたことのある方は、それもお書きください。

9. 歯科などでの**麻酔**で、異常の見られたことのある方はお書きください。

10. お酒、タバコを習慣的に飲まれますか？

酒 (種類) _____ を1日に(量) _____ くらい

タバコ 1日に _____ 本くらい、 _____ 歳から吸いはじめた。

(現在禁煙されている方のみ) _____ 歳まで吸っていた。

11. 血縁の方々の中で、多く見られる病気などがありましたらお書きください。

その他、当院に対するご希望がおありでしたらお書きください（例：通院回数を少なくしてほしい、他の人に話を聞かれない、など）。病状や施設の制限などで無理な場合もありますが、できる限りご希望にそえるようにいたします。