

【問診票】

自由が丘耳鼻咽喉科・笠井クリニック

フリガナ		男 ・ 女	昭和・平成・令和	体温 °C
氏名			年 月 日生 ( 才 ヶ月)	小児の体重 Kg
住所			電話 ( )	職業

■以下の質問に、当てはまる項目に○、最も気になるところに◎をつけて下さい。

耳 (右・左・両方)	痛い・かゆい・耳だれ・聞こえが悪い・ふさがった感じ・耳あかめまい・耳鳴り 他 ( )
鼻 (右・左・両方)	鼻汁 (水・白濁・黄色・膿)・鼻づまり・くしゃみ・のどに回るムズムズかゆい・眼のかゆみ・ハナが臭い・においがわからない鼻血・頭が重い・頭痛・鼻がはれた・痛い 他 ( )
のど・口・舌 扁桃・その他	痛い・はれた・飲み込みにくい・つかえる・異物感・味がしない声がかれた・咳・痰・血痰・扁桃の膿栓・口臭 他 ( )

■症状はいつからですか？ 耳 \_\_\_\_\_ 鼻 \_\_\_\_\_ のど \_\_\_\_\_

そのことで診察や治療は受けていますか？ 病医院名 \_\_\_\_\_

鼻のレーザー治療を希望    いびきの相談：イビキ問診票にも記入して下さい

扁桃のラジオ波手術の希望：膿栓症による口臭や違和感の軽減、扁桃肥大の治療

EAT(上咽頭擦過療法、Bスポット治療)の希望    アレルギーの血液検査など

■これまでに耳鼻咽喉科の手術をしたことがありますか？    無    有

ある方は、いつ頃 \_\_\_\_\_ どのような治療 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

■現在治療中の病気はありますか？    無    有

胃潰瘍・高血圧・糖尿病・喘息・前立腺・緑内障・甲状腺・その他 \_\_\_\_\_

受診先 病院名は？ \_\_\_\_\_

■現在飲んでいる薬はありますか？    無    有    ◎お薬手帳をお預かりします

薬の名前 \_\_\_\_\_

■薬の副作用が出たことはありますか？    無    有：薬の名前 \_\_\_\_\_

■食物、植物、動物などのアレルギーはありますか？ \_\_\_\_\_

■女性の方へ… 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)・妊娠の可能性がある・授乳中

■その他… 癌が心配 漢方希望 詳細： \_\_\_\_\_

■当院を何でお知りになりましたか？ \_\_\_\_\_

家族や知人の紹介・前を通過して・駅の看板・他の病医院 ( \_\_\_\_\_ ) から紹介

インターネットで検索して・メールで相談：相談内容のコピーを提示して下さい

※新型コロナ感染歴： 年 月 日～ 年 月 日    ※ワクチン接種回数： 回