

滝口耳鼻咽喉科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	
名前	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
住所	〒
TEL	自宅：() - 携帯： - -

1. 今までに大きな病気をしたことや現在治療中の病気はありますか？
()
2. 糖尿病や緑内障はありませんか？ あり(糖尿病・緑内障) なし
緑内障がある方へ：閉塞隅角緑内障ですか？ (はい・いいえ・不明)
3. 現在内服中のお薬はありますか？ あり・なし お薬手帳持参 あり・なし
・お薬手帳のない方で薬名がわかる方は記入してください。
()
4. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？
ない・ある (薬名：)
5. ジェネリック薬品(後発品)での処方でもよろしいですか？ (はい・いいえ)
6. 女性の方は妊娠の可能性についてお答えください。 (ない・ある(妊娠： カ月) 授乳中)
7. 15歳以下の方は体重()kg
8. 周囲に次のような症状に感染した方はいらっしゃいますか？
コロナウイルス ・ インフルエンザ ・ なし

のど 痛み(常に・時々) 違和感(物がつかえる・引っかかる) 咳 痰(白色・黄色・緑色)
 声の出にくさ(あり・なし) 声がれ 腫れ その他()
 症状はいつからですか？ ()

はな 鼻汁(透明・白色・黄色・緑色、水っぽい・粘り気がある) 鼻がつまる ムズムズする
 頬の痛み 鼻水が喉に流れる感じ 鼻血(右・左・両方) 匂いが分からない
 その他() 症状はいつ頃からですか？ ()

みみ 聞こえにくさ(右・左) 耳鳴り(右・左) 耳痛(右・左) 耳閉感(右・左)
 耳だれ(右・左) 耳垢 その他()
 症状はいつ頃からですか？ ()

めまい 揺れるような感じ 回るような感じ 気分不良 頭重感
 その他()
 症状はいつ頃からですか？ ()

上記以外 症状() いつから ()