#### 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	3	Ę.	月 日生	( 歳)	
住所				Ŧ			
TEL	自宅:(	)	_	打	携帯: -		

### 診察を希望の項目のみご記入ください

# のど・はな・みみ の問診は裏面にあります

#### 裏面①~⑦の質問には皆様ご記入ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? <u>はい・いいえ</u> 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

#### めまい

١.	今ある症状に○をつけて下さい。							
	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(				)			
2.	Iの症状はいつ頃からて	ですか?						
	(				)			
3.	Iの症状はどれくらいの	時間で落ち着きまっ	すか?					
	(				)			
4.	Iの症状と似た症状は述	過去に経験がありま	すか?					
	(	)						
5.	脳の MRI を撮影したこ	とはありますか?						
ある	・ない(いつ頃:	どこて	<b>":</b>		)			

## 喉・鼻

1.		今ある症状に○を付けてください。	
		喉の痛み(常に ・ 時々) と 喉の違和感(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 声がれ 喉の腫れ	
		鼻汁 鼻がつまる ムズムズする 眼の痒み 鼻水が喉に流れる感じ	
		頬の痛み 鼻血 匂いが分からない 味がわからない	
		その他(	
2	2.	Iの症状はいつからですか?	
		(	
3	3.	検査希望(コロナウイルス ・ インフルエンザ ・ 希望なし)	
耳			
I	•	今ある症状に○をつけて下さい。	
		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 音の響き(自分の声 · 周囲の音)	
_	_	その他( )	
2	2.	lの症状はいつ頃からですか?	
_			
3	3.		
		・その耳鳴りは心臓の鼓動のような(拍動性)リズムがありますか? はい・いいえ	
		・耳鳴りで眠れないことがありますか? はい・いいえ	
		・ストレスや肩こりはありますか? (ストレス / 肩こり) はい・いいえ	
		・耳鳴りはいつ気になりますか? (起床時 ・ 日中 ・ 一人の時や静かな時 ・ 夕方 ・ 疲労時 ・ 就寝前 ・ 夜間起きた時)	
		(起床時・ ロ中・一人の時代間がな時・ タカ・ 仮カ時・ 就複削・ 仪间起さた時)	
		以下の質問は、皆様必ずご記入ください	
①	4	今回出た症状でどこかの病院を受診しましたか?	
	ڊ ج	受けない・受けた(いつ頃: どこで: )	
		(治療内容: )	
2	4	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?	
		(	
3	X	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	
4	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。	
(			
5	4	今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか?	
_		ない・ある(薬名: )	
6		後発品(ジェネリック薬品)での処方でよろしいですか? はい・いいえ	. L
7		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
(8)		15 歳以下の方は体重( ) kg	