

当院に受診していただきありがとうございます。

前回受診から1年以上経った患者さまには、**既往歴の確認**のため問診票を書いています。

お手数ですがご記入よろしくお願いします。

お名前	フリガナ	記入日	平成	年	月	日

1. 症状はいつからですか

今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

2. 今日はどうされましたか (□の中に✓をつけてください 複数可)

耳

- 耳が痛い (右・左)
- 耳だれが出る (右・左)
- 聞こえが悪い (右・左)
- 耳がふさがった感じ (右・左)
- 耳鳴りがする (右・左)
- 耳がかゆい (右・左)
- 耳あかを取ってほしい (右・左)
- 補聴器希望 (右・左)

鼻

- 鼻水が出る (黄色・緑色・白色・透明)
- 鼻づまり (右・左)
- くしゃみ
- 鼻血 (右・左)
- においがわからない
- 鼻水がのどにおりる
- 頬が痛い (右・左)

のど

- のどが痛い
- つかえ感、異物感
- 声がかすれる
- せき (夜・寝起き・1日中)
- たん (黄色・白色)
- 息苦しい
- いびき

その他

- めまい ふらつき 頭痛 頭が重い

熱

- ない ある (体温 °C)

上記以外の症状、お気づきになったこと、医師に聞きたいことがあればご遠慮なくお書きください

3. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気・手術歴はありますか

- ない 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎
- 緑内障 C型肝炎 B型肝炎 A型肝炎 その他 ()

4. 喫煙歴はありますか

- ない ある (本/日を 年間)

5. 現在内服中の薬がありますか

- ない ある (お薬手帳や薬の用紙あり (ご提示ください))
- 薬剤名

6. 今までに薬や注射・食べ物で体に異常をおこしたことがありますか

- ない ある 薬剤名 ()
- 食品色 ()

7. 女性の方へ 現在妊娠中、または妊娠の可能性がございますか

- 妊娠なし 妊娠中 週 妊娠の可能性あり 妊娠希望 授乳中

● 診察の際、耳、鼻、のど等の画像写真を希望されない方はチェックしてください 希望しない

ご記入ありがとうございました。記載された情報は大切に保管させていただきます。