

よしもと耳鼻咽喉科 問診票

おなまえ		住所	
		TEL	
生年月日		☆女性の方 現在妊娠中(カ月) 妊娠の可能性がある 授乳中	
年	月		
年齢	体温		
才	℃		

今日はどのような症状で来られましたか？

(当てはまるところ全てに○をつけてください)

耳	耳が痛い(右・左) 耳だれ(右・左) 聞こえづらい(右・左) 耳が詰まる(右・左) 耳鳴り(右・左) 耳がかゆい 耳あか
鼻	鼻水 鼻づまり 鼻が痛い 鼻血 鼻がのどにまわる においがわからない
のど	のどが痛い 飲み込みにくい 声がかすれる 咳が出る 痰が出る たばこを吸う(1日 本) 吸っていたことがある(年前)
くち	口の中が痛い 舌が痛い 味がわからない
めまい	グルグル回る フワフワする 吐き気がする 頭痛
顔	顔が痛い 顔が動かしにくい
首	首がはれた しこりを触れる おすと痛い
その他	いびき 寝ているときに呼吸が止まる
上の症状はいつからですか？	

現在服用中のお薬はありますか？ いいえ/はい

はいの方は、お薬手帳をお見せいただくか、下にお書きください

()

お薬のアレルギーや合わないお薬がありますか？ いいえ/はい

はいの方はお薬の名前を書いてください()

お子様について 体重 kg

次の症状が出たことがありますか？

てんかん ぜんそく 熱性けいれん その他()

希望するお薬の形を教えてください シロップ 粉 錠剤

飲み方の回数を教えてください(お薬によっては希望に沿えないこともあります)

1日2回 1日3回

その他、伝えておきたいことがありましたらお書きください

()

当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ 駅看板 折り込みチラシ 口コミ

旧みどりクリニックに通院 その他()