

新小岩すばるクリニック問診表

年 月 日

ふりがな	★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★		
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 (歳)
	電話番号	()	
	緊急連絡先として必ずご記入お願いします		
住所	(〒 -) 【マンション・アパート名などもご記入ください】		

❖ 女性の方へ ❖

妊娠中 (予定日 ___月___日) ・授乳中 / 該当なし

1. いつから症状がありますか? () 日前から

2. あてはまるところに○をつけてください。

* 耳 (右・左・両方) が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 水が入った / いじった / 聞こえにくい / こもった感じ / 耳鳴り (高音・低音)

* 鼻 (右・左・両方) が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻水がのどに流れる / 鼻血 (右・左)

* のどが、 痛い (食事は …… 飲み込める・飲み込めない) / かゆい / 咳 / 痰 / 声枯れ / 違和感 / 魚の骨が刺さった (魚の種類:)

* めまいがする (ぐるぐる・ふわふわ・その他) …… どんなときに? ()

* 花粉症・アレルギー性鼻炎がある

- 診断済 (具体的に:) 舌下免疫療法を、希望する・しない
 自覚症状はあるが調べていない アレルギー検査(採血)を、希望する・しない

* その他: 眼のかゆみ / 頭痛 / 関節痛 / 寒気 / 倦怠感 / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢

* 発熱: いつから _____、 _____℃ / 自由記入欄 ()

3. 現在、他院で処方された薬はありますか? ★お薬手帳などは受付でご提示下さい★
 はい () ・いいえ

4. 薬、注射、食物アレルギーはありますか? …… はい () ・いいえ

5. 歯の治療などの麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか? …… はい・いいえ

6. お酒は飲みますか? …… はい (よく飲む・たまに飲む) ・いいえ

7. タバコは吸いますか? …… はい (よく吸う・たまに吸う) ・いいえ

8. 以下の病気にかかった、若しくは現在治療中、又は健診等で指摘されたことがある人は、○をつけてください。

- 肺の疾患 (結核、喘息、慢性気管支炎など) / 肝臓・膵臓の疾患 (肝炎、肝硬変、脂肪肝など) / 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 胃・十二指腸の疾患 (胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍など) / 心臓の疾患 (狭心症、不整脈、心不全、心筋梗塞など) / 皮膚病 (慢性痒疹、带状疱疹など) / 脳血管の疾患 (脳動脈硬化症、脳梗塞、脳内出血など) / 悪性腫瘍 (ガン、リンパ腫など) / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1など) / 精神疾患 (鬱、統合失調症、不安症など) / 甲状腺 / 前立腺肥大症 / 眼病 (緑内障など) / その他 ()

特になし (当てはまる病気・指摘されたことが無い場合は、こちらにチェックして下さい)

★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします ★

- ポスティングチラシ SNS・インターネット検索 当院ホームページ 看板等広告
 家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介 他院からの紹介
 家(職場)から近い その他 ()