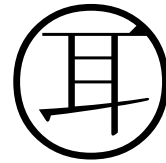


問 診 票



耳鼻咽喉科

記入日 年 月 日

氏名

性別 男・女

年齢 歳

1. 具合の悪いところはどこですか？○をつけて下さい。

●耳 (右・左・両方)

耳が痛い 耳がかゆい 聞こえがわるい 耳鳴りがする
耳だれが出る

●鼻 (右・左・両方)

鼻水が出る 鼻がつまる くしゃみが出る 鼻血が出る
いびきをかく においがしない 鼻からのどに流れてくる

●のど

のどが痛い せきが出る たんが出る のみこみにくい
声がかれる 味がしない つまった感じがする
へんとうせんをよくはらす

●その他の症状

めまいがする くびにできものがある
その他 ()

2. いつ頃からですか？

年 月 日頃から
その他 ()

3. これまでに耳鼻科や、他の科の手術や病気がありますか？

ない・ある ()

4. 現在、飲んでいる薬がありますか？

ない・ある () の薬)

5. 次の中で、自分にあてはまるものがあれば、○をつけて下さい。

妊娠中 授乳中 ぜんそく アトピー 薬アレルギー ()