

予診票

にしはら耳鼻咽喉科

フリガナ		年齢	体重
氏名		才	中学生以下の方はご記入ください kg

① 本日はどうされましたか？（あてはまること・苦痛に思われることに○印をしてください）

耳(みみ)

聞こえにくい(右・左) こもったかんじ(右・左) 痛い(右・左)

耳鳴り(右・左) 耳だれ(右・左) 耳あか かゆい

ふらつき めまい ピアス希望(右・左・両方)(数: 箇所)

鼻(はな)

鼻水 鼻づまり 鼻血 においがしない

いびき 無呼吸 花粉症 花粉症の鼻焼手術(希望・相談)

咽喉(のど)

痛い 違和感 声がかれる 味がしない

咳(せき)がでる 痰(たん)がでる

その他

舌の痛み・頬(ほほ)が痛む・はれる 首のはれ・痛み 顔がまがった

吐き気 頭痛 腹痛 下痢

嘔吐(おうと) 倦怠感(だるさ) 寒気 風邪

上記以外

()

② その症状はいつからですか？ ()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は先生にお渡してください

はい () ・ いいえ

④ 今までにお薬や食べ物のアレルギーはありましたか？

はい () ・ いいえ

⑤ 今までに大きな病気で手術や治療を受けられたことはありますか？また現在も治療中ですか？

はい () ・ いいえ

⑥ 喫煙をされていますか？ はい ・ いいえ

⑦ 肝炎にかかれたことはありますか？(A型/B型/C型 など) はい ・ いいえ

※以下⑧⑨、女性の方のみお答えください

⑧ 現在、妊娠中ですか もしくは可能性はありますか？

はい (月) ・ いいえ

⑨ 現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ