

大人用 いずみ耳鼻咽喉科・アレルギー科 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	昭和			
お名前		平成	年	月	日生
		令和	(満 歳 ヶ月)		
ご住所〒		自宅番号	()		
		携帯番号	()		
(女性の方のみ)				過去1ヶ月以内に	
妊娠していますか？(はい： 週 / 分からないが可能性がある / いいえ)				海外渡航歴はありますか？	
授乳中ですか？ (はい / いいえ)				(なし / あり⇒国:)	

● 今日はどうされましたか？ (当てはまる症状に○印を付けてください)

👂 耳(右・左・両方)	痛い、かゆい、耳だれ、耳あか、聞こえにくい、つまる感じ、ひびく感じ、耳鳴り、めまい、 耳の下が腫れている、ピアス、その他 ()
👃 鼻(右・左・両方)	鼻水(水っぽい、ねばねば、色のついた)、鼻づまり、くしゃみ、鼻水がのどに落ちる、痛い、 鼻血(右・左)、においがしない、アレルギー性鼻炎、花粉症、副鼻腔炎、 その他 ()
□ ・ のど 舌 ・ 首	痛い、せき、たん、声がれ、腫れ、のどがつまる感じ、違和感、食事が通りにくい、 いびき、無呼吸、乾く、味がわからない、口内炎、魚の骨が刺さった、 その他 ()
その他	発熱 (°C)、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、だるい、甲状腺、 その他 ()

- 複数の症状がある方⇒上記の症状の中で、一番気になる症状は何ですか？ ()
- その症状はいつからですか？ ()
- 希望する検査や治療はありますか？ ()
- 薬(内服・注射・局所麻酔薬(特にキシロカイン)など)に対する副作用・アレルギーはありますか？
なし ・ ある (薬剤名/どんな症状がでたか)
- 食べ物やその他(花粉・ダニ・ハウスダスト・動物など)に対するアレルギーはありますか？
なし ・ ある (内容/どんな症状がでたか)
- これまでにかかった病気がありますか？または治療中の病気がありますか？
なし ・ ある
(糖尿病 / 緑内障 / 喘息 / 腎疾患 / 高血圧 / 肝炎 / その他)
- 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか？
なし ・ ある (どんな手術: 何歳頃: 歳)
- タバコ・お酒について タバコ(吸う 本/日 ・ 吸わない) お酒(飲む ・ 飲まない)
- 現在、内服中の薬はありますか？ 《注：お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください》
なし ・ ある

薬の名前	
(処方されている病院・医師名:)

※ 禁煙外来、舌下免疫療法でご受診の方は別紙のご記入もあります。受付までお声かけください。