

みのり耳鼻咽喉科 問診票

| | | | | |
|------|----|-------|-------|------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | 男 | T・S・H | | |
| | 女 | 年 | 月 | 日(才) |
| 住所 〒 | 電話 | () | 小学生以下 | |
| | 携帯 | () | 体重 | kg |

◆本日はどうされましたか？(一番お困りの症状を具体的にご記入ください。)

- ◆いつからですか？ 日前 週間前 カ月前 年前
- ◆熱はありますか？ いいえ はい (°C)
- ◆咳はありますか？ いいえ はい
 >痰がらみの咳ですか？ いいえ はい
- ◆鼻水はありますか？ いいえ はい
 >鼻水に色はついていますか？ 透明 やや黄色 黄色
- ◆耳の症状はありますか？ いいえ はい (右 左 両側)
 >どんな症状ですか？ 痛み つまり感 かゆみ 聞こえにくい
- ◆それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？
 いいえ はい ()
- ◆現在、飲んでいる薬はありますか？
 いいえ はい (お薬名
※お薬手帳をお持ちの方はお出しくださいませ。
※風邪症状(鼻水、のど痛など)に対する薬 → 月 日より内服 日間処方
- ◇薬の内容、剤型について 痛み止め希望 うがい薬希望
 (うがい薬は炎症を早期に改善する効果があります。ご希望でお出ししています。)
- ◇どのような診療をお望みですか？
 十分な検査を希望 症状を抑えたい 耳垢除去希望
 その他()
- ◇今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？
 いいえ はい (病名:)
 → 治療中 経過観察中 治癒 (年前)
- ◇薬にアレルギーはありますか？ いいえ はい (お薬名:)
 →どのような症状がでましたか？()
- ◇小児の患者さんへ: 錠剤希望(7才以上) 粉薬希望 シロップ希望
 1日3回内服可能 1日2回内服希望
- ◇女性の方は、妊娠の可能性、授乳の有無についてお答えください。
 妊娠の可能性: なし あり(カ月) 授乳: なし あり