

みみ 問診表

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 体重(12歳以下) kg
住所 〒	
電話番号	携帯電話

※当てはまる項目の上に○印をつけるか、ご記入ください。

1. お困りの症状について下から選んでください。

(右耳 左耳 両耳)

(痛い かゆい 耳だれ つまった感じ 声が耳に響く 耳あか 聞こえが悪い 耳鳴り)

その他 ()

2. 症状はいつから出始めましたか？また症状がひどくなる時間帯はありますか？

いつから 【 昨日 2、3日前から 1週間ほど前 それ以上前(いつから?) ()】

時間帯 【 朝起きてすぐ 朝 昼間 日が暮れてから 就寝前 その他()】

3. 現在、熱はありますか？

はい (→「はい」の場合:【 . °C】) ・ いいえ

4. 現在、服用中のお薬はありますか？分かる範囲でお書きください。

(はい ・ いいえ) (→「はい」の場合) (【どのようなお薬ですか？】)

5. 今まで、下記の手術を受けたことはありますか？経験があるものを選んでください。

ちくのう症 扁桃腺アデノイド 中耳炎 鼓膜切開 その他 ()

6. これまで、医師からアレルギー体質(薬も含めて)といわれたことがありますか？

(はい ・ いいえ) 【どのような? : ()】

7. タバコは吸いますか？

(はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた) 【一日に: 本】

8. (お子様の方へ)お薬は1日3回飲むことはできますか？また、錠剤は飲めますか？

【3回飲む】 できる できない 【錠剤を飲む】 できる できない

9. (女性の方にお聞きします)現在、妊娠あるいはその可能性、授乳されていますか？

(妊娠している ・ 授乳している ・ 妊娠、授乳ともなし)

10. 当院を何でお知りになりましたか？

紹介されて:ご紹介者 _____ 様・ _____ 医院 インターネットを見て
看板を見て その他 ()

ご協力ありがとうございました。