

浦尾医院（耳鼻咽喉科） 問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ お名前		男 ----- 女	大・昭・平 月 日生	年 歳	体重 (小学生まで)	kg
住所：〒 - -					電話(日中連絡先) - -	

(1) 今回受診された理由に○をつけてください。

どの部分ですか？	症状	いつからですか？
耳 右 左 両耳	聞こえが悪い・つまっている感じ・自分の声が響く 耳鳴り・痛い・かゆい・水が出る・耳あか	日前から
鼻 右 左 両鼻	つまる・鼻水・くしゃみ・出血・痛み 鼻の周囲：	日前から
のど	痛み・声が出しづらい・せき・たん・出血	日前から
めまい	部屋が回る・気が遠くなる・立ちくらみ	日前から
その他の症状		日前から

(2) (1) でお答え頂いた症状は、以前に同じ症状はありましたか？ はい ・ いいえ

(3) アレルギー検査で陽性と言われたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、何のアレルギーですか？： スギ・ハウスダスト・ダニ・カビ

その他 ()

(4) 治療中の病気はありますか？： 高血圧・糖尿病・肝機能障害・肝炎・結核

その他 ()

(5) 現在飲んでいる薬をすべてお書きください。

()

(6) 以前、大きな病気にかかったことがありますか？： ()

(7) 今まで、薬のアレルギー（具合が悪くなった事）はありますか？

いいえ ・ はい → 薬の名前 ()

(8) 浦尾医院をどこで知りましたか？： 近所だから・家族がかかっているから・

知人の紹介・ホームページ・地下鉄の広告・東京都の「ひまわり」・

他の病院または医院で聞いて() 医院/病院)・その他 ()



ご記入ありがとうございました