

# 耳鼻咽喉科問診表

氏名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日  
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男、女) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1、どのような症状で来院されましたか？

2、その症状は、いつ頃からですか？

3、その症状で、治療された事がありますか？

4、今、現在、他の病気で治療されていますか？

高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 心臓疾患 ( )

喘息 ( ) 肝臓 ( ) 血液疾患 ( )

胃潰瘍 ( ) 脳梗塞 ( )

5、今迄に、手術を受けられた事がありますか？

6、薬のアレルギーがありますか？

無 有 ( )