

耳鼻咽喉科問診票

令和 年 月 日

氏名 () 男・女 () 歳

身長 () cm 体重 () kg

1、どのような症状で来院されましたか？(めまいの場合は、裏面もご記入ください)

2、その症状はいつ頃からですか？

3、その症状で、治療されたことがありますか？

4、今現在、下記の病気で治療されていたらチェック☑をしてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 肝臓病

胃潰瘍 脳梗塞 その他 ()

5、今現在、薬を内服されていますか？

している していない

6、今までに、手術を受けられたことがありますか？

受けたことがある 受けたことがない
↳ 受けた手術 ()

7、薬のアレルギーはありますか？

ある ない 薬剤名 ()

8、女性の方は、妊娠の可能性はありますか？

ある ない 授乳中

