

この問診票は診察する上で大切な資料となります。

ふりがな お名前	生年 月日	年 月 日	体重	kg
			体温	℃

●今回の症状はいつからですか？ (_____ から)

●どのような症状がございますか？ にチェックしてください (いくつでも御記入ください) 前回受診と同様の症状◆みみ (右 左 両方)

- 痛い
かゆい
聞こえにくい
つまる・音がこもる
耳鳴りがする
膿や汁がでる
耳掃除してほしい
耳がはれた
物をつめた

◆はな (右 左 両方)

- 鼻水が出る 透明サラサラ
鼻水が出る 黄色ネバネバ
鼻がつまる
かゆい
痛い
鼻水がのどに下がる
鼻血がでる
においがわからない
物をつめた
くしゃみ

◆くち、のど、くび

- 痛い
かゆい
はれた
違和感がある
声がかれた
飲み込みにくい
咳がでる
痰がからむ
しこりがある
味がわからない
物が刺さった

◆その他の症状

- 花粉症 目のかゆみ めまい ふらつき 頭痛 顔や頬がはれた、痛い
顎が痛い いびき 顔が動かしにくい 補聴器相談
その他 (_____)

●現在、内服中の薬があれば教えてください ない ある (_____)●妊娠中あるいは授乳中ですか？ 妊娠中 (_____ ヲ月目) 授乳中