

# 上北台耳鼻咽喉科 問診用紙

\* 診断の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな		住所
お名前	(男・女)	TEL
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	小児の場合： 体重 kg

1. どのような症状ですか？

2. それは、いつ頃からですか？

3. 今までに、次のような病気にかかったことがありますか？ ( ない ある )

ある場合→ 花粉症 (疑いも含む)・アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎 (蓄膿症)  
喘息・高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝臓病  
じんましん・緑内障 その他 ( )

4. 今までに、手術を受けたことがありますか？ ( ない ある )

手術名：

手術を受けたのはいつ頃ですか？ ( 年 月頃 )

5. 現在、服用しているお薬はありますか？ ( ない ある )

ある場合 → お薬の名前 ( )

6. 体に合わないお薬や食べ物がありますか？ ( ない ある )

ある場合 → お薬や食べ物の名前 ( )

7. 該当する女性の方にかがいます。

・現在、妊娠または妊娠の可能性ありますか？ ( いいえ はい： 月 )

・現在授乳中ですか？ ( いいえ はい )