

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 耳鼻咽喉科予診票

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

(1) どこが悪いのですか。○印で囲んでください。

耳 鼻 のど 口の中 その他 ( )

(2) いつから悪くなりましたか。

\_\_\_\_\_ 日前から、 \_\_\_\_\_ 週間前から、 \_\_\_\_\_ カ月前から、 \_\_\_\_\_ 年前から

(3) どのように悪いのですか

(4) 今までに薬や注射で副作用（薬疹・下痢・ショックなど）が出たことがありますか

1. いいえ

2. はい（薬品名： \_\_\_\_\_ ）

(5) 今までに次のような病気にかかったことがありますか

1. いいえ

2. はい

高血圧、糖尿病、結核、胃・十二指腸潰瘍、肝炎、腎炎、心臓病、緑内障、  
喘息、アレルギー性鼻炎、その他 ( )

(6) 今までに受けた手術とその時期を記入してください

1.

2.

3.

(7) 喫煙について

1. 吸う

\* 一日何本吸いますか ( \_\_\_\_\_ 本)

\* 何歳から吸っていますか ( \_\_\_\_\_ 歳から)

2. 吸わない

(8) 飲酒について

1. 飲む

\* 一日どのくらい飲みますか ( \_\_\_\_\_ )

2. 飲まない

(9) 女性の方に伺います

1. 現在妊娠中またはその可能性はありますか はい いいえ 不明

2. 授乳中ですか はい いいえ

(10) 10歳以下のお子さんは体重を記入してください

\_\_\_\_\_ kg