

問診票（耳鼻咽喉科）

氏名

（ 男 ・ 女 ）（ 歳）

*突発的な味覚・嗅覚障害がありますか はい ・ いいえ

- ① どこが悪いですか？
- 1) 耳 痛い・尻が出る・聞こえが悪い・詰まった感じがする
（ 左・右 ） 耳鳴り・その他（ ）
- 2) 鼻つまる 鼻水がでる・鼻血がでる・その他（ ）
- 3) のど痛い 違和感がある・声が出にくい・その他（ ）
- 4) その他（ ）
- ② それはいつからですか？
（ ）頃より
- ③ 今までに耳鼻咽喉科にかかったことがありますか？
ある（病名 ） ・ ない
- ④ 今までに耳鼻咽喉科以外で大きな病気や手術をしたことがありますか？
ある（病名 ） ・ ない
- ⑤ 飲み薬や注射で、身体にじんま疹など過敏反応がでたことはありますか？
ある（ ） ・ ない
- ⑥ タバコを吸いますか？
吸う（ 本/日 ） ・ 吸わない
- ⑦ お酒を飲みますか？
飲む（ 合/日 ） ・ 飲まない
- ⑧ 現在妊娠していますか？
している ・ していない ・ 授乳中である