

耳鼻咽喉科問診表

大人用 **HP**

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ  
名前 男・女 身長 cm 体重 kg


生年月日 T・S・H 年 月 日( 才)


住所 〒 - 電話番号


いつ頃から具合が悪いですか？

[ ]日前から [ ]ヶ月前から [ ]年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳鳴り[右・左] めまい 耳だれ[右・左] 聴こえが悪い[右・左] 耳下の腫れ 耳あか 異物を入れた 補聴器外来を希望
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない 異物を入れた アレルギー性鼻炎 花粉症 急性副鼻腔炎
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

	痛い 咳 痰 違和感 声かれ 魚の骨が刺さった 異物を飲み込んだ 口が乾く 口内炎 味がわからない
-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

その他	熱がある ℃ 頭痛がする 体がだるい 関節が痛い 周囲で流行している感染症がある
-----	---------------------------------------------

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はチェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

裏面を記入してください→

