

耳鼻咽喉科 萩原医院 問診票

空欄に記入または該当する箇所に丸を付けてください

フリガナ

氏名 _____

性別 男 女

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 年齢 歳

身長 () cm 体重 () kg 小児のかた 体温 () 度

薬のアレルギー 無 有 (薬剤名)

現在おかけの病気や飲んでいるお薬 ()

本日はどのような症状があつて当院を受診されましたか？

いつから：() 日 () 週 () 月 前から症状がある

のどが 痛い、 飲み込みにくい、 声がかれた、 咳、痰がでる、 違和感がある
その他 ()

鼻が 出る、くしゃみ、 つまる、 痛い、においが分からない、鼻血がでる、花粉症
その他 ()

耳 (右、左 両) が 痛い、聞こえにくい、 つまった感じがある、耳鳴りがする、
耳垢がある、耳だれがでる、かゆみがある
その他 ()

めまいがする (回転する、ふらふらする、ぼーとする、その他【 】)

かぜ症状がある

そのほか ()