

耳鼻咽喉科問診表

名前	本日の番号
体重(15歳以下の方のみ) :	Kg
体温 :	°C (平熱 : °C)

いつごろから、どの様な症状が現れましたか？ 簡単にご記入下さい。

以下の質問にお答え下さい。

1. 現在治療中の病気はありますか？

はい(病名:) ・ いいえ

2. 今までに以下の病気にかかれたことがありますか？

あてはまるものがあれば○をつけて下さい。

ぜんそく・高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・結核
手術(病名:) ・ いいえ

3. 今までにお薬を飲んだり注射をしたりして、じんましんが出たり気分が悪くなったことがありますか？

はい(その種類:) ・ いいえ

4. 食べ物でアレルギーやじんましんが出たことがありますか？

はい(卵・牛乳・カニ・その他:) ・ いいえ

5. 女性の方へ、現在、妊娠または妊娠の可能性がありますか？

はい(妊娠週数または最終月経日:) ・ いいえ

6. 1ヶ月以内に 海外渡航は？ (した ・ していない)