

# 耳鼻咽喉科問診票

看護師記入時間 ( ) : ( )
体温 ( ) °C 血圧 ( ) / ( ) mmHg
脈拍 ( ) 回/分
呼吸数 ( ) 回/分 SpO2 ( ) %
紹介状持参 無・有 ( )
かかりつけ医 無・有 ( )
持参資料 無・有 ( )
付き添い 無・有 ( )

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ ( ) 歳  
職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
【女性のみ】妊娠: していない・可能性あり・している ( ) 週・授乳中

薬手帳 あり・なし (スキャナ不要)

## ●いつから、どのような症状がありますか？

どこが	症状
みみ (右・左)	痛い きこえが悪い
はな	鼻水 鼻づまり 鼻血
のど・くち	痛い 声がかれ 違和感 飲み込めない
その他	熱 ( ) °C めまい 腫れている (どこが ) その他 ( )

いつから : 1日前 ・ 1週間前 ・ 1ヶ月前 ・ 1年前 ・ それ以上

## ●上記の症状で治療を受けられたことはありますか？

ない ・ ある(いつ頃どのような治療 )

## ●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん ( ) ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 )  
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症  
その他 ( )

※血縁者の中で上記病気にかかられた方はいますか？

どなた ( ) が、いつ ( ) 病名 ( )

手術: いつ ( ) 術名 ( )

輸血: なし ・ あり

## ●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載) ( )

## ●アレルギーはありますか？

ない ・ ある(下記に記載)  
気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物 ( ) ・ 薬 ( ) ・ 造影剤

## ●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない ・ やめた ・ 吸う) ( ) 本/日 ( ) 歳～ ( ) 歳まで

飲酒・・・(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類 ( ) 量 ( ) 合 mL  
( ) 歳～ ( ) 歳まで ( ) 回/週・月 ( )

## ●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ