

とねり耳鼻いんこう科・アレルギー科 問診票

ふりがな

子供さんのみ記載下さい 女性のみ○をつけて下さい

お名前： _____ 体重： _____ kg、妊娠：有・無・不明、授乳：有・無

ご住所：〒 _____ 連絡先： _____

①本日はどのような症状で来院されましたか？下記の項目にご記入か○をつけてください。

耳（右・左・両）	痛い・痒い・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳がふさがる・耳あか・その他：
鼻（右・左・両）	くしゃみ・鼻水・鼻づまり・においの異常・鼻がのどにおちる・鼻血・その他：
のど	痛い・異物感・つまる・かわく・咳・痰・声枯れ・口内炎・味覚異常・その他：
その他	眼の痒み・いびき・無呼吸・頭痛・めまい・首の腫れ・顔面麻痺・発熱・その他：

②それはいつからですか？ _____

③以前に同様の症状はありましたか？ なし・あり（いつ： _____、治療歴： _____）

④他院で治療中の病気はありますか？ なし・あり（病名： _____）

⑤今飲んでいるお薬はありますか？ なし・あり（薬手帳持参・薬品名： _____）

⑥今までにかかったご病気はありますか？ なし・あり（病名： _____）

⑦手術を受けたことがありますか？ なし・あり（病名または手術名： _____）

⑧薬や食物などにアレルギーはありますか？ なし・あり（ _____ ）

⑨タバコは吸いますか？ 吸ったことがない・やめた・吸う（1日 _____ 本、 _____ 年、やめて _____ 年）

⑩お酒を飲みますか？ 飲まない・時々飲む・毎日飲む（種類 _____ 、量 _____ ）

☆もしよろければアンケートにご協力ください。

①当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）

1. 知人の紹介 口コミ、2. 他院からの紹介、3. ホームページ、4. 内覧会のお知らせ 5. 外看板、

6. その他： _____

②本日は当院までどうやっていらっしゃいましたか？

1. 徒歩、2. 自転車、3. 自家用車、4. 舍人ライナー、5. バス、6. その他： _____

③当院までの所要時間は？ _____分

ご協力ありがとうございました。