

# 耳鼻科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 体重 ( \_\_\_\_\_ K g)  
\*介護申請について \_\_\_\_\_ ( 未申請 \_\_\_\_\_ ・ 申請中 \_\_\_\_\_ ・ 申請済 \_\_\_\_\_ )  
\*申請済みの方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5)  
\_\_\_\_\_ 要支援 (1・2)

1 今日はどうされましたか。○をつけて下さい。

右 左 耳 のど 鼻 口腔 くび 顔面 声 めまい  
あご その他

いつ頃からですか？どんな様子か、詳しくお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )

2 現在、治療中の病気はありますか。

はい (病名 \_\_\_\_\_ )  
いいえ

上記ではいと答えた方飲んでいる薬はありますか。

はい (薬品名 \_\_\_\_\_ )

3 今までに入院・手術・治療を受けたことがありますか。

はい (どのような \_\_\_\_\_ )  
いいえ

4 生活習慣についてお聞きします。

たばこは吸いますか 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間) 吸わない  
アルコールは飲みますか 飲む (1日に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 位) 飲まない

5 今までに、薬・注射・食べ物でアレルギーが出たり、気分が悪くなったことがありますか。

はい (何で \_\_\_\_\_ ) いいえ

6 (女性のみ) 現在、妊娠されている可能性がありますか。

はい ( \_\_\_\_\_ 週) いいえ  
授乳中ですか。 はい いいえ

7 今までに海外に行ったことがありますか。

はい ( \_\_\_\_\_ ) いいえ