辻堂たいへいだい耳鼻咽喉科　初診用問診票

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男・女	年　　月　日
ご住所 〒	**電話番号**	

当院を受診して下さり有難うございます。差し支えなければ当院を受診されたきっかけを教えて下さい。
□家族から聞いた（家族が通っている） □知人から聞いた □折り込みチラシを見て □ポスティングチラシを見て
□ホームページを見て □医院検索サイトを見て □近所だから、通りすがり □他院で勧められて
□その他（　　）

●主なお困りの症状を〇で囲んで下さい。
　その症状がいつ頃から続いているのか、いつ頃から繰り返しているのかなど、覚えている範囲で構いませんのご記入下さい。
※のどに刺さった魚の骨は、専用の機材がないため処置ができません。ご了承ください。
※めまいの専門医ではないので、専門医や専門病院での診察をおすすめいたします。

	耳	鼻	口、のど	その他
どのような症状で受診されましたか	耳が痛い（右・左） 耳垂れ（右・左） 耳が痒い（右・左） 聞こえにくい（右・左） 耳鳴りがする（右・左） 音が響く（右・左） 耳閉がある（右・左） 耳掃除して欲しい	鼻とのどの間あたりが痛い 鼻汁が出る 鼻汁がのどへ垂れる 鼻汁が溜まった感じ クシャミが出る 鼻閉がある 頭や顔が痛い 匂いがしない 味がしない 鼻血が出る	のどが痛い のどが腫れた 舌が痛い イガイガする 乾いた咳が出る 湿った咳が出る 声がかれた 声が出ない いびき、無呼吸を指摘された 飲食でむせる	
その症状はいつ頃からありますか				

●薬のアレルギー　**なし・あり（薬剤名：　　）**

●妊娠　なし・あり（　ヶ月）

●授乳　なし・あり

●薬の種類についての希望　なし・あり（□細粒がいい　□シロップがいい　□錠剤がいい）

●治療中の病気　なし・あり（　　）
お薬手帳がありましたら診察の際に医師へお渡し下さい

●治療せず経過をみている病気　なし・あり（　　）

●他に医師へ伝えておきたいこと　なし・あり（　　）