

耳鼻咽喉科 問診票

問診票の記載をお願いいたします。

■咳が2週間以上続いている方は、
すぐに受付にお申し出ください。

病状によって診察順を変えさせていただく場合があります
ご了承ください。お待ちの際に症状が強くなった場合
には、職員にお声かけください。

年月日	年 月 日	
VS測定時刻	:	
VS	体温	℃
	呼吸	回/分
	SpO ₂	%
疼痛スケール	/10	
看護師名		

ふりがな 氏名		
年齢	歳	男 / 女
職業	さわがしいところ 話すことが多い	

どこが悪いですか？	右耳 ・ 左耳 ・ 鼻 ・ のど ・ 声 ・ 首 ・ その他		
いつ頃から？	日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・ 年前		
どのような症状がありますか？			
他の病院にかかりましたか？	はい 病院 ・ いいえ		
そのとき何と言われましたか？			
どのような治療を受けましたか？			
今までにかかった病気や 受けた手術はありますか 無し ・ 有り	年齢	歳	歳
	病名		
	手術名		
	病院名	病院	病院
	年齢	歳	歳
	病名		
	手術名		
現在かかっている 病院/医院はありますか 無し ・ 有り	病名		
	病院/医院名	病院/医院	病院/医院
現在飲んでいるお薬 無し ・ 有り	お薬手帳の携帯の有無: 無し ・ 有り (お薬手帳を携帯されていない場合) お薬の名前		
喫煙歴 無し ・ 有り	() 歳から吸い始め、1日 () 本/左記習慣を () 年前にやめた		
飲酒習慣 無し ・ 有り	ビール/焼酎/日本酒/その他 () を1日/時々/たまに () mL		
コロナワクチン接種 無し ・ 有り	1回目; 月 日 2回目 月 日		
血縁者(両親・兄弟・ 子供・祖父母)に次の 病気の方はいますか？ 無し ・ 有り	1 高血圧 2 脳卒中 3 糖尿病 4 ぜんそく 5 心臓病 6 血液の病気 7 がん		
	8 結核 9 鼻アレルギー 10 蓄のう症 11 難聴 12 アトピー 13 その他		

※ 裏面もあります
アレルギー問診票もお書きください



平成24年11月27日作成
平成27年12月8日改訂
2021.08.11改訂