

年 月 日

お名前 _____

あなたの年齢はおいくつですか _____ 歳

(カルテNo. _____)

あなたの身長と体重を記入してください _____ cm

_____ kg

下記の質問にお答えください 【()内は○をつけ、下線の部分は書き込んでください。】

・どこが悪くてきましたか？そしてどんな様子ですか？〔一番困るものに◎をつけて下さい。〕

- ① (右耳・左耳) : 痛い、聞こえが悪い、めまい、耳なり、耳だれ、かゆい、耳がふたをされた感じ、音がひびく
- ② (鼻) : 鼻づまり、鼻汁、くしゃみ、鼻血、においがわからない、痛い、頬がはれている
- ③ (口・のど) : 痛い、声がかすれる、鼻が苦しい、異物感、何かできている、いびき
- ④ (その他) : 頭痛、言葉がおそい、首のはれ、あごの下のはれ、

いつも口を開いている、熱がある、首が痛い、せき、たん

- ・いつからですか？(昭和・平成・令和) 年 月 日から、または(年、 ヶ月、 日)前より
- ・このための治療をして(いる、いた、いない) どこでですか？ _____ (医院、病院、その他)
- ・その他には(耳、鼻、口、のど)の病気をしたことが(ある、ない)
- ・病名は _____ で、このための手術を(した、しない)
- ・耳鼻咽喉科以外の大きな病気をしたことが(ある、ない)
- ・病名または部位 _____
- ・治療中の病気(ある、ない) 病名 _____
- ・薬のアレルギーが(ある、ない) ある人は(内服薬、注射、外用薬)
- ・薬の名前 _____
- ・症状(じんましん、ショック) その他 _____
- ・タバコを(喫う、喫わない) 喫う方は1日 _____ 本くらい。 以前喫ったが()前にやめた。
- ・お酒を(飲む、飲まない) 飲む方は(機会があれば、月 _____ 回、毎日)量 _____ ml、種類 _____
- ・あなたの(親・子・兄弟姉妹、近い血縁者)の人に(結核、癌、難聴、喘息)が(いる、いない)
- ・あなたの職業はなんですか？ _____

[騒がしい所で働く人、特殊な金属や化学物質等を扱う人は書いて下さい。]

これから受ける診察に、特に希望があれば書いて下さい。
