みみ　問診表

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 （　　歳）　体重(12 歳以下)　　kg
住所　〒	
電話番号	携帯電話

※当てはまる項目の上に〇印をつけるか、ご記入ください。

1. お困りの症状について下から選んでください。
（ 右耳　　左耳　　両耳 ）
（ 痛い　かゆい　耳だれ　つまった感じ　声が耳に響く　耳あか　聞こえが悪い　耳鳴り ）
その他（　　）

2. 症状はいつから出始めましたか？また症状がひどくなる時間帯はありますか？
いつから【 昨日　2、3日前から　1 週間ほど前　それ以上前(いつから？:　　)】
時間帯 【 朝起きてすぐ　朝　昼間　日が暮れてから　就寝前　その他(　　)】

3. 現在、熱はありますか？
はい （→「はい」の場合:【　　.　℃】） ・ いいえ

4. 現在、服用中のお薬はありますか？分かる範囲でお書きください。
（ はい ・ いいえ ）（→「はい」の場合）（【どのようなお薬ですか？】　　）

5. 今まで、下記の手術を受けたことはありますか？経験があるものを選んでください。
ちくのう症　扁桃腺アデノイド　中耳炎　鼓膜切開　その他（　　）

6. これまで、医師からアレルギー体質（薬も含めて）といわれたことがありますか？
（ はい ・ いいえ ）【どのような？:　　】

7. タバコは吸いますか？
（ はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた ） 【一日に:　　本】

8. （お子様の方へ）お薬は 1 日 3 回飲むことはできますか？また、錠剤は飲めますか？
【3 回飲む】　できる　できない　【錠剤を飲む】　できる　できない

9. （女性の方にお聞きします）現在、妊娠あるいはその可能性、授乳されていますか？
（ 妊娠している ・ 授乳している ・ 妊娠、授乳ともなし ）

10. 当院を何でお知りになりましたか？
紹介されて:ご紹介者＿＿＿＿＿様・＿＿＿＿＿医院　インターネットを見て
看板を見て　その他（　　）

ご協力ありがとうございました。