

耳鼻咽喉科 西山医院 病状チェック表

この病状チェック表は、診療をよりスムーズにするためのものですので
該当するものに○印をつけ、必要事項を御記入ください。

郵便番号 _____

住所 _____

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 職業 _____
連絡先電話番号 _____ 体重 _____ kg 身長 _____ cm

1. どこがわるいのですか？ ①みみ ②はな ③のど ④くび ⑤その他()
2. いつからですか？ ()日前から ()週前から ()月前から ()年前から
3. みみがわるいと答えた方におたずねします。(○でかこんでください)
・いたみ ・みみだれ ・きこえがわるい ・耳がつまる(こもる) ・みみなり ・めまい ・みみあか
・その他 ()
4. はながわるいと答えた方におたずねします。(○でかこんでください)
・はなづまり ・はながよくでる ・くしゃみがでる ・鼻血がでる
・その他 ()
5. のどがわるいと答えた方におたずねします。(○でかこんでください)
・いたい ・ひっかかる(つば・たべもの) ・しゃべりにくい ・声がかれる
・痰に血が混ざる ・のみこみにくい ・なにかものがつまっているような感じ(異物感)
・その他 ()
6. くびがわるいと答えた方におたずねします。(○でかこんでください)
・耳下部がはれる ・あごの下がはれる ・前頸部がはれる ・しこりがある ・いたみ
・その他 ()
7. 今までに耳鼻咽喉科で治療をうけられたことがありますか？
・ いいえ
・ はい 病名は？ ()
治療内容は？ ()
診療を受けた所は？ ()
8. 薬でアレルギー症状がでたことがありますか？
・ いいえ
・ はい 症状() 薬剤名()
9. 耳鼻咽喉科以外の治療(手術も含めて)をうけたことはありますか？
・ いいえ
・ はい(高血圧、糖尿病、リウマチ、胃十二指腸潰瘍、結核、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、悪性腫瘍、その他)
10. 現在、他の医療機関で処方されている薬はありますか？
・ いいえ
・ はい(高血圧、糖尿病、リウマチ、胃十二指腸潰瘍、結核、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、悪性腫瘍、その他)
薬剤名()
11. 女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？
・ いいえ ・はい(週) ・はっきりしない
12. タバコは吸いますか？
・ いいえ
・ 以前吸っていたが、現在禁煙している 以前は一日 本 禁煙歴 年、
・ はい 一日 本程 喫煙歴 年
13. その他 何かありましたら、下にお書きください。