

# 問 診 票

平成 年 月 日

名前

体重

kg

体温

℃

\* **今日は** どのような症状でいらしたか下記の該当する項目に○印をしてください。

	症 状	いつから
みみ (右・左)	耳痛 ・ 耳だれ ・ 聞こえが悪い ・ 耳鳴り ・ 耳あか ・ かゆい	
	耳がふさがった感じ ・ 音がひびいて聞こえる	
	補聴器相談 ・ ピアス	
めまい	現在(ある・ない) ・ 吐き気	
	どんなめまいですか(回る・ゆれる・ふらつく)	
	どのくらい続きましたか( )	
	何をしている時( )	
はな (右・左)	鼻血 現在(出ている・出していない)	
	鼻水が出る(水っぽい・どろっとしている)	
	くしゃみ ・ 鼻づまり ・ 目がかゆい	
	へんな臭いがする ・ 物の臭いがわからない	
	頭重感 ・ 鼻水がのどにおちる ・ いびき	
のど	痛い 食事(できる・できない) 水分(とれる・とれない)	
	咳 ・ たん ・ 物を飲み込む時に痛い	
	物を飲み込みづらい ・ むせる ・ 異物感	
	声がかすれる(思い当たる原因 )	
その他	味がわからない ・ 顔の動きがにぶい ・ 口内炎	
	誤って飲み込んだ(魚の骨・薬のシート・歯・おもちゃ)	
	その他( )	
	腫れている(どこが?)	