。

奏の杜耳鼻咽喉科クリニック

ノドの違和感 問診票

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券をお持ちの方 小学生以下の方

氏名：　　　　　　　　　　　　　　診察券番号：　　　　　　　　　体重　　　　kg

◇ 本日はどうされましたか？（症状を具体的にご記載下さい。）

◇ その症状はいつからですか？

　　日前　・　　　週間前　・　　か月前　・　　年前 ・ 不明

◇ 症状が始まったきっかけはありましたか？

なし　・　あり （きっかけ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ タバコは吸いますか？

吸わない　・　吸う　・　以前に吸っていた( 　　　年前まで喫煙 )

（吸う、または以前に吸っていたとお答えの方：約　　　　 本 ×　　　　年間喫煙）

●鼻水が鼻の奥からノドに垂れ込んでくる感じはありますか？

　　　なし　　　ややあり　　　あり

●ノドが乾燥する感じはありますか？　　　　 ●症状が一時的になくなる事はありますか？

　　　なし　　　ややあり　　　あり　　　　　　　 あり　　　　なし（症状常にあり）

●ゲップは出ますか？

この3つの質問で

“はい”がある方は、

**裏面**の｢Fスケール問診票｣もお答え下さい。

　　　いいえ　　　　はい

●胸やけはありますか？

　　　いいえ　　　　はい

●酸っぱい胃酸がノドに込み上げてくる感じ（）はありますか？

　　　いいえ　　　　はい

●疲れ、ストレスはありますか？

　　　なし　　　　ややあり　　　　あり

●夜はぐっすりと眠れていますか？

　　　はい　　　　いいえ　　　　わからない

◇ 今回の症状で飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　★あり ※お薬手帳をお持ちでない方は、わかる範囲でお薬の名前をご記入下さい

　　月　　日より内服、 　日間処方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ それ以外の症状や、お伝えしておきたい事はありますか？

　　　いいえ　　　　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　）

◇ どのような診療をお望みですか?

　・十分な検査を希望 　・とりあえず症状を抑えたい　 ・その他（　　　　　　　　　　）

【ここから下は、初診の方・変更がある方はご記入ください】

◇ 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか？

**なし**　アレルギー性鼻炎　緑内障　前立腺肥大　高血圧　糖尿病　喘息　脳梗塞　脳出血　けいれん　心臓疾患(病名:　　　　　　　　) 心療内科の病気(病名:　　　　　　 　　　　)

その他（　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇ 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか？

なし　　　 あり （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◇ 薬にアレルギーはありますか？

なし　　　 あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ）

◇ 現在、継続して飲んでいるお薬はありますか？★お薬手帳もご一緒にご提出下さいませ。

なし 　　★あり （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ）

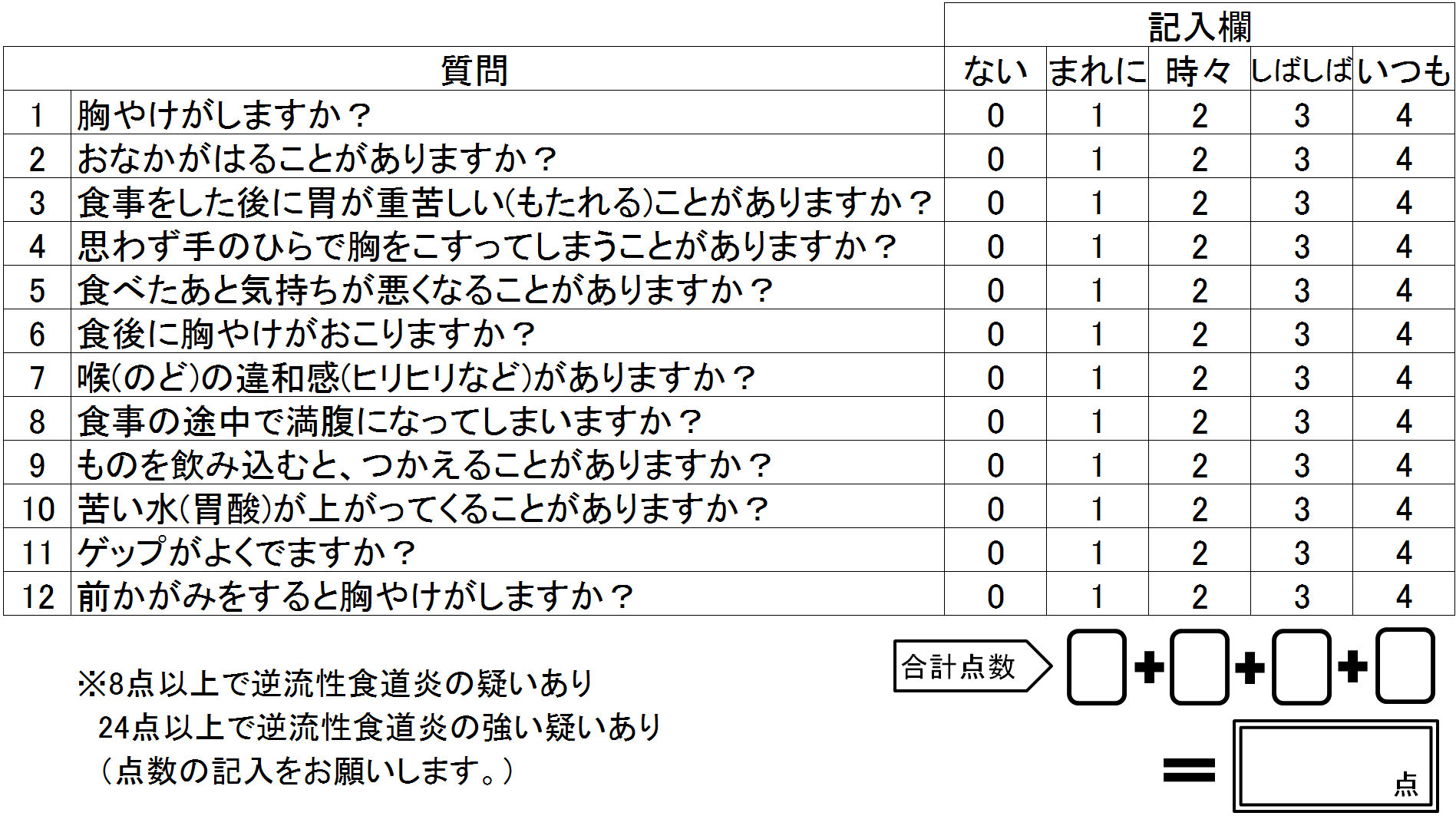
◇ 女性の方は、妊娠の可能性、授乳の有無についてお答えください。

妊娠の可能性 ： なし 　あり （ 妊娠　　　 週 、出産予定日　　　年　　　月　　 日）

授乳： なし 　 あり

※お疲れさまでした。ご記入が終わりましたら問診票入れにお入れ下さいませ。（Fスケールの方は裏面へ）

◇逆流性食道炎の問診票（Fスケール問診票）



　当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。