

# 問診表

NO. \_\_\_\_\_

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H 年 月 日

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_

緊急連絡先（携帯 etc.） \_\_\_\_\_

もしよろしければご協力ください。

[当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）]

ご紹介（ご家族 ご友人 \_\_\_\_\_ 様） 近所・通りがかり ホームページ 電話帳 看板  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

[会社・ご自宅から当院までどのくらいかかりますか？] 徒歩・電車 分

[ご友人や知人の方と病気・医院などについて情報交換されますか？]

5人以上としている 1~4人としている していない

ご協力ありがとうございました。

わかるところだけ記入して下さい。

本日の症状は（ 耳 鼻 のど いびき その他 \_\_\_\_\_ ）

一番お困りの主な症状は

（ \_\_\_\_\_ ）

薬に対する副作用・アレルギーはありますか （ はい いいえ ）

ある場合薬の名前 \_\_\_\_\_

他院で内服中の薬は、今日持ってこられましたか（ はい いいえ ）

〔薬品名〕 \_\_\_\_\_

現在、薬をもらっている先生は

\_\_\_\_\_先生（ \_\_\_\_\_科） \_\_\_\_\_先生（ \_\_\_\_\_科）

今まで、採血や注射・麻酔でショックを起こしたことがありますか （ はい いいえ ）

どのような症状ですか （ \_\_\_\_\_ ）

以下の病気にかかったことがありますか？またはかかっていますか？

喘息（小児喘息）・緑内障・糖尿病・高血圧・肝炎・その他（ \_\_\_\_\_ ） 妊娠中・授乳中

治療についてのご希望、ご質問 【 手術、レーザー、何でも 】

タバコを吸いますか 吸わない 吸っている（ \_\_\_\_\_本/日）



# いびきチェックリスト

No.

氏名 \_\_\_\_\_

鼻づまりはありますか?(いつ頃から )  
現在、鼻の治療をしていますか?

\*\*\*\*\*

毎晩、大きいいびきをかきますか?(いつ頃から )  
睡眠中「呼吸停止している」と指摘されたことはありますか?  
昼間我慢できないほど眠くなることがありますか?  
最近、体重の変化はありましたか?

\*\*\*\*\*

鼻やのどの手術をしたことは?(何の手術?) )  
睡眠時無呼吸の検査したことは?(自宅・入院) (軽・中・重症)  
CPAPをしていますか。または以前したことがありますか?  
マウスピースをしたことは?(いつ頃) )  
抗精神薬や抗うつ薬服用の経験は?(薬名) )  
お酒は毎週飲みますか?( )回/週)(量) )

\*\*\*\*\*

手術や麻酔(歯科の麻酔も)で気分悪くなったり、ショックを起こしたことはありますか?(全身麻酔・局所麻酔)(何の手術?) )  
血が止まりにくくなる薬を飲んでいませんか?(薬名) )  
手術により体内に異物はありますか?(器材名) )