

이비인후과 문진표/耳鼻咽喉科問診票

환자성명 /患者氏名				의료기관 기입란 /医療機関記入欄	BT=	℃
생년월일(양력) /生年月日(西曆)	년/年	월/月	일/日		PR=	/分
			(세/歳)	BP=	mmHg	
				RR=	/分	
				SPO2=	%	
신장/체중 / 身長・体重	cm	kg	성별/性別	<input type="checkbox"/> 남성/男性 <input type="checkbox"/> 여성/女性		
알레르기 유무 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 음식물/食べ物 : <input type="checkbox"/> 약/薬 :					

오늘은 어떤 부위 진찰을 원하십니까?
/今日はどの部位を診察ご希望ですか。

- 귀/耳 ➔ 우/右 좌/左 양쪽/両方
 코/鼻 ➔ 우/右 좌/左 양쪽/両方
 목/のど

"귀"를 하신 분은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오.)
/「耳」をされた方はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数してください。)

- 귀울음 / 耳鳴り 귀 통증 / 耳が痛い 난청 / 難聴 이루 / 耳だれ 이폐감 / 耳閉感
 현기증/めまい 귀에 이물질이 들어감 / 耳に物が入った *귀에 들어간 물질을 적어주십시오. / 耳に入ったものを書いてください : _____
 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함) / 他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) 기타/その他 : _____

"코"를 하신 분은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우는 복수에 해 주십시오.)
/「鼻」にされた方はどのような症状がありますか(複数ある方は複数してください。)

- 코피/鼻血 콧물/鼻水 냄새를 못 맡다 / においがわからない 코막힘 / 鼻づまり 재채기/くしゃみ 코골이/いびき
 이상한 냄새 / 異臭 코에 이물질이 들어감 / 鼻に物が入った *코에 들어간 물질을 적어주십시오. / 鼻に入ったものを書いてください _____
 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함) / 他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) 꽃가루 알레르기 / 花粉症 기타/その他 : _____

"인후"를 하신 분은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우는 복수에 해 주십시오.)
/「のど」にされた方はどのような症状がありますか(複数ある方は複数してください。)

- 구내염/口内炎 인후에서 출혈 / 喉から血が出る 삼키기 힘들다 / 飲み込みにくい 목이 쉬다 / 声がかれる 혀 통증 / 舌が痛い 인후 통증 / のどが痛い
 얼굴과 목의 부기 / 顔・首の腫れ 미각이상 / 味覚異常 기침/咳 가래/痰
 인후에 걸리는 느낌 / 喉に物が引っかかっている 인후에 걸린 물질을 적어주십시오. / 喉に引っかかっているものを書いてください _____ 인후가 막힌 느낌 / 喉に物が詰まった感じ
 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함) / 他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) 기타/その他 : _____

위 증상은 언제부터 나타났습니까?
/上記症状はいつからありますか。

_____년/年 _____월/月 _____일/日 오전/午前/오후/午後 _____시/時 _____분/分 경 부터/ごろから

증상은 어떤 경우에 나타납니까?
/症状はどのような時に現れますか。

- 아침/朝 점심/昼 저녁/夕方 기상시/起床時 취침중/就寝中 비정기적/不定期 기타/その他

증상은 어떤 성질입니까?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- 끊임없이 계속됨/絶え間なく、続いている 증상이 나타나거나 없어지거나 반복됨/症状が出たり、消えたりしている
 점점 악화됨/徐々にひどくなっている 기타/その他

현재 복용중인 약은 있습니까? ※비타민, 영양제, 건강보조식품 포함.
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まます。

- 아니오/いいえ 예/はい *약 혹은 "약수첩"이 있을 경우 제시해 주십시오. / お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

①	약품명 / お薬の名前	복용 방법/사용법 / 飲み方・使い方	⑥	약품명 / お薬の名前	복용 방법/사용법 / 飲み方・使い方
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		