

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

français
フランス語

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> fièvres(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> tête lourde 頭が重い		
<input type="checkbox"/> mal de tête 頭が痛い			
Symptômes au niveau des oreilles 耳の症状			
<input type="checkbox"/> L'oreille droite 右	<input type="checkbox"/> L'oreille gauche 左	<input type="checkbox"/> Les deux oreilles 両方	<input type="checkbox"/> mal d'oreille 耳が痛い
<input type="checkbox"/> écoulement des oreilles 耳だれ	<input type="checkbox"/> bourdonnement 耳なり	<input type="checkbox"/> cérumen 耳あか	<input type="checkbox"/> vertiges めまい
<input type="checkbox"/> difficulté à entendre 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> oreilles bouchées 耳がふさがった感じ		
Symptômes au niveau du nez 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> nez bouché 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> écoulements 鼻がでる	<input type="checkbox"/> éternuements くしゃみ	<input type="checkbox"/> saignements 鼻血
<input type="checkbox"/> ronflements いびき	<input type="checkbox"/> problème d'odorat においがわからない		
Symptômes au niveau de la gorge のどの症状			
<input type="checkbox"/> mal de langue 舌が痛い	<input type="checkbox"/> mal de gorge のどが痛い	<input type="checkbox"/> toux せき	<input type="checkbox"/> crachat たん
<input type="checkbox"/> gêne dans la gorge のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> voix éraillée 声がかれる		
<input type="checkbox"/> difficulté à avaler 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> gonflements du visage et du cou 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> autres その他			
Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか	Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から		
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬	<input type="checkbox"/> aliments 食べ物	<input type="checkbox"/> autres その他	<input type="checkbox"/> Non いいえ
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Non いいえ		
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ヶ月	<input type="checkbox"/> Non いいえ		
Allaitiez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Vous buvez de l'alcool? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ ml / par jour ml/日	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Vous fumez? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ cigarettes / par jour 本/日	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ		
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ		
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ		
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ		