

診察券番号： _____

耳鼻科問診票

フリガナ (_____)

お名前 (_____)

生年月日 (T/S/H/R . .) 年齢 (_____ 歳 _____ 月) 性別 (男 / 女)

郵便番号 (〒 _____)

住 所 (_____)

電話番号 (_____)

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

1. 今日はどうされましたか? いつからどのような症状ですか? ※必ずご記入ください

(_____)

2. 発熱していますか?

いいえ ・ はい (_____ °C)

3. 現在治療中の病気がありますか?

ない ・ ある (_____)

4. 現在内服しているお薬はありますか? 薬手帳がある方はご提出お願い致します。

ない ・ ある (_____)

5. 今まで大きい病気をしたことがありますか?

例: 熱性けいれん…〇歳時

(_____)

6. 薬や食べ物、植物などのアレルギーはありますか?

ない ・ ある (_____)

7. たばこ・お酒は飲まれますか?

たばこ・・・吸わない ・ 吸う (1日に _____ 本、吸い始めて _____ 年)

お酒・・・飲まない ・ 飲む (週に _____ 日、1日 _____ 程度)

8. 女性の方へ。現在妊娠・授乳中でしょうか?

ない ・ 妊娠中 (_____ 週) ・ わからない ・ 授乳中

9. 花粉症などの原因がわかるアレルギー検査を希望しますか?

いいえ ・ 相談したい ・ はい

10. その他、希望などあればご記入お願いします。

(_____)

11. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

(_____)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出お願い致します。