

診察券番号： _____

星が丘耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ			
氏名			性別 男 / 女
生年月日	西暦/T/S/H/R/	・	年齢 歳 ヶ月
住所	〒 —		
電話番号	— — (本人 / 続柄:)		
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. 現在使用しているお薬はありますか？薬手帳がある方は受付にご提出お願いいたします。

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をお願いします。

()

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。