

～問診票～

ふりがな

お名前： _____ 性別： 男性 女性

生年月日：明治 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢（ _____ ）歳

住所： 〒 _____

〔 _____ 〕

電話番号：（ _____ - _____ - _____ ）

体重：（ _____ ）kg ※小児の方は体重を必ず記入してください

体温：（ _____ ）℃

① 今回はどのような症状で来院されましたか。

いつから⇒ 今日 昨日 （ _____ ）日前
（ _____ ）週間前 （ _____ ）ヶ月前 （ _____ ）年前

どんな症状

〔 _____ 〕

② お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

・ いいえ ・ はい 薬品名・食物（ _____ ）

③ 今まで耳鼻咽喉科で治療を受けられたことがありますか。

・ いいえ ・ はい 病名または症状（ _____ ）

④ 今まで下記の病気または、その他の病気で治療を受けられたことがありますか。

・ いいえ ・ はい 高血圧 糖尿病 肝疾患 心疾患 胃潰瘍 結核
その他（ _____ ）いつ頃（ _____ ）

⑤ 現在、加療中の病気・服用している薬はありますか。

・ いいえ ・ はい 病名（ _____ ）
薬品名（ _____ ）

⑥ 女性の方にうかがいます。現在、授乳中・妊娠中（妊娠の可能性を含む）ですか。

・ いいえ ・ はい 妊娠中（ _____ ）週目 妊娠の可能性がある
授乳中

⑦ 何か質問や知らせておきたい事がありましたら、ご記入ください。

〔 _____ 〕