

<問診表>

受診日 年 月 日

フリガナ

お名前：

性別：男性・女性

体温： 度（発熱のある方のみ）

体重： kg（子どものみ記入）

生年月日：M・T・S・H 年 月 日

郵便番号： — 電話番号： — —

緊急連絡番号（携帯）： — —

ご住所：

1. いつ頃から、どのように調子が悪いですか？

2. 今までに耳鼻科の治療や手術を受けたことがありますか？

あり（病名： ； いつ： ） ・ なし

3. 今までに下記の病気にかかったり、現在治療中のものはありますか？

あり（喘息・高血圧・心臓病・糖尿病・胃潰瘍） ・ なし

その他、大きな病気、けがで治療を受けたことがあればご記入下さい

（病名： ； いつから： ）

4. 現在、他の病院でもらっている薬がありますか？

あり（薬名： ） ・ なし

お薬手帳をお持ちの方はこの用紙と一緒に受付までご提出ください。

5. 薬を飲んだり、注射をしてもらって具合が悪くなったことがありますか？

あり（薬名： ； 症状： ） ・ なし

6. 何かのアレルギーといわれたことがありますか？（食物、花粉、ダニなど）

はい（ ） ・ いいえ

*タバコ : 吸う（1日 本× 年間） ・ 吸わない

*アルコール : 飲む（ビール1日 ml、日本酒 合） ・ 飲まない

*妊娠の可能性：あり（妊娠 週目） ・ なし ・ 授乳中

☆この病院は、何でお知りになりましたか？

インターネット、チラシ、電話帳、通りがかり、友人・家族の勧め、交差点看板

※上記事項で知り得た情報は、診察以外の目的には使用いたしません。

ご協力有難うございました。