

問診票

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
氏名	様	男・女	明・大・昭・平	年	月 日 生 (歳)
住所	〒				
TEL	()	—	携帯	()	—
			体重		kg

1. 今日はどこが悪くて受診されましたか？ 耳 ・ 鼻 ・ 喉 ・ その他 ()

耳の悪い方にお尋ねします。聴力検査を希望されますか？ する ・ しない

2. 熱のある方は体温を測ってください (体温計をお貸しします。受付にお申し付けください)

体温 _____ °C

3. 現在、他の病気で病院 (診療所) へ通院されていますか？

- ・ 通院している 病院名 ()
- 薬の投薬は 薬品名 () ・ なし
- ・ 通院していない

4. 今までに耳鼻咽喉科で治療を受けたことはありますか？

- ・ ある 病名 () いつ頃 ()
- ・ ない

5. 注射、内服薬などで気分が悪くなったことがありますか？

- ・ ある 原因 ()
- ・ ない

6. 今までに医師からアレルギー体質と診断されたことがありますか？

- ・ ある ぜん息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 湿疹 ・ 蕁麻疹 (卵・鯖・牛乳・そば)
- ・ ない

7. 喫煙しますか？ ・ する (本 / 日) ・ しない

8. 常備薬がありますか？

- ・ ある (頭痛薬 ・ 睡眠剤 (精神安定剤) ・ 消火剤 ・ 便秘薬 ・ その他)
- ・ ない

9. 妊娠されていますか？ ・ していない ・ 妊娠 () ヶ月 ・ 妊娠の可能性あり

10. 現在授乳中ですか？ ・ いいえ ・ 授乳中

11. その他医師に伝えなければならないことがあれば記入してください。

12. 当院をどこでお知りになりましたか？

- ・ ホームページ ・ 紹介 ・ 電話帳 ・ 広告 (具体的に) ・ その他