

ID:

耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ		性別	明・大・昭・平	体重	kg
氏名		男・女	年 月 日(歳)	※小学生以下記入必須	
住所	〒 当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください			TEL	
				携帯番号	

いつからお困りですか () 頃から		体温は	℃
耳 (両方・右・左)	のど	鼻	
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> つまる感じ <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳下の腫れ <input type="checkbox"/> 耳あか	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰がでる <input type="checkbox"/> つまる感じ <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 異物感 <input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにまわる <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 臭いを感じない <input type="checkbox"/> 異物が取れない <input type="checkbox"/> 鼻血	
その他の症状 ()			
<input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望 (<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治癒証明書 <input type="checkbox"/> その他 :) ※他院にて診断された病状の治癒・許可証明の記入はお受けできません			

この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい (内容:)現在内服している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳: あり なし)
内服している薬 ()今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか
 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大
 緑内障 その他 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬 : いいえ はい
食べ物 : いいえ はい薬剤名: 症状:
食べ物名: 症状:

日常生活について

たばこ : 吸わない
 吸っている 吸っていた → 本数: 1日 本 約 年間お酒 : 飲まない
 飲む → 毎日 週()回 月()回
種類: 量: 杯・合・缶

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある (妊娠 週目)
※授乳中ですか: いいえ はい (出産予定日 年 月 日)

*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

- 1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット
5) 広告・チラシ 6) 地域新聞 7) 駅看板 8) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。