

ID番号

ドクターランド船橋

お名前
(カタカナ)

*診察券のない方は
診療申込書もご記入下さい

耳鼻咽喉科 問診票

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状が出ている部位はどちらですか。 _____

2. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい → : _____ お薬手帳 あり なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ

はい → 薬剤名 : _____
アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

いいえ

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

いいえ はい → : _____

ここからは成人の方のみご回答下さい

5. 喫煙歴について 喫煙はしない

喫煙をしている。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)

以前喫煙をしていた。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)

6. 飲酒について 飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい)

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。