

問診表

No. _____

令和 () 年 () 月 () 日

フリガナ

お名前

年齢

歳

電話番号

携帯番号

1. どのような症状で受診されますか。

例

どこが [] {右耳が}

どうされましたか [] {痛い}

いつ頃からですか

() 日前 () 週間前 () カ月前 () 年前

2. 現在治療している病気はありますか。 []

高血圧 (あり・なし) 糖尿病 (あり・なし) 喘息 (あり・なし)

3. 今までどのような病気にかかりましたか。 []

4. 服用している薬があれば記入してください。

[]

5. 今まで体に合わない薬があれば記入してください。

[]

6. お酒を飲まれる方へ

お酒の種類 () 1日どれくらい ()

7. タバコを吸われる方へ 1日 () 本 () 年間

8. 女性の方で妊娠中・授乳中の方は記入してください。

[]

9. 小児の方へ体重は何kgですか。 () kg

10. お熱はありますか。 (はい・いいえ) () °C

11. 花粉症などの原因が分かるアレルギー検査を希望しますか。

(はい・相談したい・いいえ)

※保険適応。ダニ・スギなどの主要8項目で、注射器を使わず
小さなお子様から可能な検査もあります。

希望ヶ丘耳鼻咽喉科