

問診票

年 月 日

フリガナ

お名前:

生年月日: T・S・H

年 月 日(歳)

ID:

性別: 男性 / 女性

体重: Kg

ご住所:(〒 -)

(子供さんのみお書き下さい)

ご連絡先:() -

受診される方との続柄

(携帯電話: - -

:本人 / 母 / 父 / その他(

))

本日はどのような症状で受診されましたか?

耳が痛い(右・左) 耳が聞こえにくい(右・左) 耳鳴りがする(右・左)

めまい 鼻水 鼻づまり

のどが痛い 声がかすれる のどの違和感

熱がある(°C) その他()

その症状はいつ頃からのものですか?

日前 ヶ月前 その他(「~頃から」など:)

現在他に治療されている病気はありますか?

ない・ある(糖尿病 高血圧 喘息 その他())

現在服用されているお薬はありますか?

ない・ある(わかる範囲でお書き下さい:)

これまでにお薬や食べ物によってアレルギーを起こされたことがありますか?
(発疹、かゆみなど)

ない・ある(原因となったもの:)

これまでに大きな病気、手術を経験されたことがありますか?

ない・ある(病名: 時期:)

タバコは吸われますか?

いいえ・はい(1日 本程度)

女性の方へ

現在妊娠されていますか? またはその疑いがありますか?

ない・ある

現在授乳中のお子さんがおられますか?

いない・いる

その他気になることがあればお書きください。

