

問 診 票



つじ耳鼻咽喉科

ふりがな

お名前

男・女

年齢

歳

身長

cm

体重

kg

お熱のあるかたは

体温

℃

〒

住 所

電話番号 自宅：

携帯：

(1) 今日はどうな症状でこられましたか？

(2) それはいつ頃から始まりましたか？

(3) 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい
ある方は何歳の時に、どんな病気や手術をされたか記入して下さい。

() 歳頃 ()

(4) これまでに注射や薬で気分が悪くなったことがありますか？

いいえ・はい (どんな症状ですか：)

(薬の名前は：)

(5) その他にアレルギー反応をおこす食品等があれば記入して下さい。

()

(6) 現在、病気で医院または病院にかかっていますか？内服はされていますか？

いいえ・はい (病気の名前：)

(薬の名前は：)

(7) 嗜好品についてお尋ねします。

たばこ 吸わない・吸う (1日 本) アルコール 飲まない・飲む (1日 を 本)

(8) 女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ・はい (妊娠 ヶ月)

(9) 女性の方にお聞きします。現在授乳中ですか？ いいえ・はい

(10) かぜ薬などで眠たくなったことがありますか？ いいえ・はい

(11) 飲めない薬の型に×をして下さい。 カプセル 錠 シロップ 粉

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

注意：診察の直前には食事はお避け下さい。