問 診 票 PDF

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 ・お熱のある方は 体温　　℃

〒
住 所　　.

電話番号　　:携帯電話　　.

(1) 今日は、どん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、どんな手術を受け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) 今までに病気をされましたか？
いいえ ・ はい ・糖尿病 ・高血圧 ・喘息 ・心臓病 ・結核
・その他(　　)

(7) 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:　　)

(8) 嗜好品についてお尋ねします。
たばこ　　吸わない ・ 吸う (1日に、　　本)
アルコール　　飲まない ・ 飲む (1日に、　　を　　本)

(9) 女性の方にお尋ねします。 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)

(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

注意 : 診察の直前には、食事をお避け下さい。