

# 問診票

記入に際し、不明な点は受付までお申し出ください。

ID( )

ふりがな

身長 \_\_\_\_\_ cm

日付( )

お名前:

体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日: 明治 昭和  
大正 平成 年 月 日

体温 \_\_\_\_\_ °C

電話番号 ( )-( )-( )

住所 〒

1 今頃はどのような症状で来院されましたか  
・いつから 今日 昨日 ( )日前  
( )週間前 ( )ヶ月前 ( )年前

・どんな症状 ( )

2 薬または食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか ・いいえ ・はい  
薬品名・食べ物 ( )

3 耳鼻咽喉科で治療を受けられたことがありますか ・いいえ ・はい  
症状 ( ) いつ頃 ( )

4 今まで下記の病気または、その他の病気で治療を受けられたことがありますか ・いいえ ・はい  
高血圧 糖尿病 肝臓疾患 心臓疾患 結核  
その他 ( ) いつ頃 ( )

5 現在、服用中のお薬はありますか ・いいえ ・はい  
薬品名 ( )

6 女性の方にうかがいます。現在、妊娠の可能性はありますか ・いいえ ・はい

7 現在、授乳中ですか ・いいえ ・はい

医師に知っておいてほしい事がありましたら、なんでも下記にご記入ください  
(あてはまる例があれば例に○印をつけてください)

- 例1 : 金銭的なことを最優先してほしい。とにかく費用が高くならないようにしてほしい  
例2 : 費用のことはかまわないので、きっちり検査をして、しっかり治してほしい  
例3 : できるだけ検査はしたくない  
例4 : 奥までしっかり鼻を吸ってほしい  
例5 : 痛みがりなのでそっと処置をしてほしい ..... など

その他 ( )

上記の記入事項は治療上など連絡が必要な場合にのみ使用します。  
その他の目的では使用いたしません。

やの耳鼻咽喉科