

◎この問診票は診察の際必要となりますので、分かる範囲でご記入ください。

◎紹介状をご持参の方は、受付にお出しください。

◎感染症や発疹など、気になる点のある方は、受付にお申し出ください。

フリガナ

氏 名： _____ 男 ・ 女 _____ 体 重： _____ g / k g

生年月日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ か月

住 所： _____ TEL： _____

(緊急連絡 TEL： _____)

(_____) 保育所・保育園・幼稚園・小学校 (_____) 年 (_____) 組
兄弟・姉妹はいますか？ いる ・ いない

1. 今日はどこ具合が悪くて来院されましたか？ ○をつけて下さい。

耳 ・ 鼻 ・ 口(舌) ・ のど ・ 首 ・ 発熱 ・ めまい ・ その他 (_____)

2. どのような症状がありますか？

(_____)

3. その症状はいつからありますか？

(_____)

4. 今まで耳鼻科を受診した事がありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方 ☞ その時の病名は？ (_____)

5. 3歳7か月検診は受けましたか？ (はい ・ いいえ) その時の診断名は？ (_____)

6. 新生児聴力検査は受けましたか？ (はい ・ いいえ)

7. 今までに、下記の病気を指摘された事がありますか？ (はい ・ いいえ)

喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 肺炎

扁桃炎 ・ アデノイド 副鼻腔炎 ・ 心臓病 ・ 腎臓病

8. 上記以外で今までにかかった病気、手術等がありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの方は、記入してください ☞ _____)

9. 下記の事項にお答え下さい。

☆薬や注射で具合が悪くなった事がある。 (はい ・ いいえ)

☆血が止まりにくい。 (はい ・ いいえ)

☆現在、服用されている薬があれば記入して下さい。 (_____)

☆耳鼻科かかりつけが当院以外にもある方は、記入してください。 (_____)

10. その他、何かありましたらご記入ください。

(_____)

11.平成30年4月より、医療費明細書の発行が義務付けとなりました。希望されない方は、会計待ち時間が若干緩和されます。不要の方は、チェックを付けてください。 ☐ □