

No. _____

～耳鼻咽喉科 問診票～

_____年 _____月 _____日

- ◎ 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、受付にお出してください。
- ◎ 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： _____ kg

生年月日： 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住 所： _____ TEL： _____

職 業： _____ (緊急連絡 TEL： _____)

1. 今日はどこ具合が悪くて受診されましたか？○を付けてください。
耳 ・ 鼻 ・ 口(舌) ・ のど ・ 首 ・ 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. 今までに、下記の病気を指摘された事がありますか？ (はい ・ いいえ)
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管障害
喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎
5. 上記以外で今までにかかった病気、受けた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 ☞ _____)
6. 下記の事項にお答えください。
☆ 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ください。 (_____)
☆ 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。 (_____)
7. 女性の方はお答えください。
妊娠について : している (_____) 週 ・可能性あり ・ していない
授乳中ですか？ : (はい ・ いいえ)
8. 生活習慣について。(成人の方はお答えください)
タバコは服用されていますか？ (はい ・ いいえ) 何本位 (_____ 本/日)
お酒は飲まれますか？ (はい ・ いいえ) どの位 (_____ /日)
9. その他、何かありましたらご記入ください。
(_____)
- 10.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。 ☞