

- ◎ 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： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住 所： _____ TEL： _____

職 業： _____ (緊急連絡 TEL： _____)

1. 今日はどこの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. 2018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、チェックを付けてください。 ⇨