

# 問診票



お名前

ふりがな

性別

男・女

生年月日

大正・昭和・平成・令和

年

月

日生

ご住所

電話番号

年齢

12才以下の方は体重

kg

① 本日はどのようなことで来られましたか

耳

痛み・かゆみ・聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴・耳垢・めまい

鼻

くしゃみ・はなみず・はなづまり・においがしない・かゆみ・鼻血・痛み

咽喉

痛み・せき・たん・声がれ・のどがイガイガする・口内炎・味が分からない

その他

② いつからですか

日・ヶ月・年 前より

③ 今まで（または現在）次の病気にかかったことがありますか

高血圧・糖尿病・肝炎・花粉症・喘息・緑内障・前立腺肥大・その他

④ 現在、何か薬を飲まれていますか いいえ・はい 薬名：

⑤ 以前に手術をしたことがありますか いいえ・はい 手術名：

⑥ 薬のアレルギーはありますか いいえ・はい 何の：

⑦ 妊娠・授乳をしていますか いいえ・はい

週