

問診票

末広町ヒライ耳鼻咽喉科

ID _____

記入日	平成	年	月	日	
ふりがな				男	
氏名				生年月日	明・大・昭・平
					年
住所	〒			ご職業	歳
電話番号 携帯電話				熱	あり 現在の体温 °C
				体重 (中学生以下のお子様のみ)	kg

★どのような症状ですか？ あてはまる症状すべてに○をつけてください。

みみ (右・左)	痛い・かゆみ・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか・ 耳を触る・耳がふさがっている感じ いつ頃からですか？()
はな	痛い・鼻水(透明・白色・黄色)・鼻づまり・くしゃみ・ 鼻血・においがわからない・鼻がかわく いつ頃からですか？()
のど	痛い・せき・痰・違和感・声がへん・息苦しい・口がかわく・ 口内炎・味がおかしい・いびきをかく・無呼吸・むせる いつ頃からですか？()
その他	めまい・ふらつき・頭痛・体がだるい・関節が痛い 学校検診で耳鼻科を勧められた いつ頃からですか？()
上記にあてはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。	

★耳鼻科以外で治療中もしくは過去に病気はありますか？ ある・ない

高血圧・心臓病・糖尿病・前立腺・腎臓病・緑内障・喘息・胃潰瘍・てんかん(けいれん)
アレルギー性皮膚炎・花粉症・その他()

★内服中のお薬はありますか？ ある(本日お薬手帳ある・なし)・なし

★今までお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？ ある・ない

【薬剤名 症状】

★アレルギーはありますか？ ある・ない・わからない

【

★(女性のみご回答ください) 妊娠中または授乳中ですか？

【はい・いいえ・ 妊娠 週 ・ 現在妊娠している可能性がある ・ 授乳中】

★当院をどうやってお知りになりましたか？

【1.インターネット 2.チラシ広告 3.家族が通院している 4.知人の紹介 5.他院からの紹介 6.その他
ホームページ
EPARK 病院ナビ
その他()】

※当医院ではお呼びするときに受付でお渡しする番号でお呼びしております。

※治療の内容等により順番が変わることがございますのであらかじめご了承ください。