



問 診 票

フリガナ

氏 名 () 性別 男 女
 生年月日 S H R 年 月 日生 () 歳
 〒 -
 住所

自宅 ☎ - - 緊急連絡先(携帯など) - -

● ○つけてください

	いつから	症状
【耳】 〈両・右・左〉		痛い・かゆい・みみだれ・みみあか・聞こえが悪い・閉塞感・ 耳鳴り・めまい
【鼻】		鼻水(透明・黄色)・はなづまり・くしゃみ・かゆい・鼻血・ においがわからない・顔面の痛み・花粉症
【喉】		痛い・違和感・声がれ・せき・痰・血痰・味がわからない いびき・夜間呼吸が止まる・魚の骨がひっかかった(何の:)
【くび】		腫れた・痛い
【その他】		

●発熱の有無 なし ・ あり () °C

●15歳以下の方は体重を記入してください () kg

●今までにかかれたご病気及び治療中の病気はありますか? いいえ・はい
 高血圧 不整脈 喘息 糖尿病 緑内障 結核 胃潰瘍 熱性けいれん てんかん B型肝炎 C型肝炎
 その他 ()

●現在使用されてるお薬はありますか?
 いいえ・はい(薬の名前:)

●血液をさらさらにする薬を飲んでいますか?
 いいえ・はい(薬の名前:)

●薬のアレルギーはありますか?
 いいえ・はい(薬の名前:)(どのような症状:)

●女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか?
 いいえ・授乳中・妊娠中(週)

●飲酒・喫煙しますか?
 いいえ・はい(飲酒・喫煙)

●ご職業 会社員 公務員 自営業 主婦 学生 無職 その他 ()
 専門職 [医療系 美容系 介護職 教職員]

●当院をどのようにしてお知りになりましたか?
 近所・通りがかり・駅などの看板・インターネット・知人の紹介・家族が通院している
 タウンページ・他院からの紹介(病院名:)・その他 ()