

あおぞら耳鼻咽喉科 問診表

フリガナ

お名前： _____

体重： _____ kg

生年月日：(大・昭・平・令) 年 月 日

ご年齢： _____ 歳

〒
ご住所： _____

電話番号 () 携帯 — —

• どこが悪いですか？

みみ (右・左) ・ のど ・ はな ・ めまい ・ その他 体温 () °C

どのような症状ですか？ ()

いつからですか？ ()

• 今まで大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名：) いいえ

• いま治療している病気がありますか？

はい (病名：) いいえ

• いま飲んでいる薬はありますか？ ※お薬が多い方はお薬手帳をご用意下さい

はい (薬名：) いいえ

• いままで薬・麻酔・食物でアレルギーがでたことがありますか？

はい (薬名：) いいえ

(症状：)

【女性の方】

• 妊娠の可能性はありますか？

はい (週目) いいえ

• または授乳中ですか？

はい (お子様 歳 か月) いいえ

※当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

- ホームページ
- タウンページ
- 看板
- 通りがかり
- 人から聞いて
- ちらし、広告で
- 家族が受診している