

問診表

ふりがな

生年月日 大・昭・平・令

氏名

年令 (才)

住所

電話番号

体重 (kg)

携帯番号

1. 今日はどこが悪くて受診されましたか。

耳 (右・左)・ 鼻 (右・左)・ のど・くび・めまい・その他 ()

2. いつ頃からどのような症状がありますか。

体温 (°C)

いつ頃から

症状

3. 現在、他の病院 (医院) に通院されていますか。

(はい・いいえ)

いつ頃から

どんな病気

もらっている薬を書いて下さい

4. 次の病気にかかったことがある方は、○印をつけて下さい

高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・脳出血

気管支喘息・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍・結核・前立腺肥大・緑内障

5. 薬を飲んで、じんましん、下痢等の副作用がでたことがありますか。

(はい・いいえ)

薬剤名

6. 下記に該当する方は○印をしてください

妊娠中

妊娠していない

妊娠の可能性あり

授乳中

医療法人 かつらはら耳鼻咽喉科