

# 問 診 票

当院初めての方・久しぶりの方・今までと症状の違う方、下記の項目にご記入下さるようお願い申し上げます。 小島耳鼻咽喉科医院 院長

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

- 1 : 熱（感冒などの）がありますか？ いいえ・あれば \_\_\_\_\_ 度
- 2 : お子様の場合、体重は？ \_\_\_\_\_ kg （大体で結構です。）
- 3 : 本日の症状を簡単でよろしいのでお書き下さい。
  
- 4 : その症状はいつ頃からですか？
  
- 5 : 本日の症状で、以前または最近、耳鼻科または他科で診察を受けましたか？  
いいえ・はい（大体いつごろですか \_\_\_\_\_ ）
- 6 : 今までかかったことのある病気、現在治療中の病気に○をつけて下さい。  
糖尿病・喘息・アレルギー疾患・高血圧・心臓病・肝臓病  
膠原病（リウマチなど）・（その他 \_\_\_\_\_ ）
- 7 : 現在使用、服用している薬はありますか？（お薬手帳などがあればご提示下さい。）
- 8 : アレルギー（薬剤・食餌・その他）がありますか？あればご記入下さい。
- 9 : タバコは吸いますか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ 本／日 \_\_\_\_\_ 年前から）
- 10 : 女性の方で、妊娠している可能性がありますか？ ない・ある・わからない・授乳中

ご協力誠にありがとうございました。