

問診票

該当する項目を○で囲んでください。
わかる範囲で詳しくお書きください。

住所 〒 _____

☎ _____

フリガナ
氏名 _____ 男・女

職業 _____

年齢 _____ 歳 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

身長 _____ cm, 体重 _____ kg, 体温 _____ °C

受診の動機となった症状について

いつからですか。《 _____ 》

どんな症状ですか。《 _____ 》

症状の変化はありますか。《 良くなってきている 変わらない 悪化している 》

このことで他の医療機関を受診しましたか。《 いいえ はい 》

既往歴について

① これまでに医療機関や健診で指摘された病気（治療中も含む）はありますか。

ない ある → 《高血圧症, 糖尿病, 心疾患, 喘息, 前立腺肥大, 緑内障, 頸椎疾患,
B型肝炎, C型肝炎, 梅毒, HIV, その他 (_____)》

② 薬物アレルギー

お薬で蕁麻疹が出たり、ショックを起こした経験

ない ある → 《薬剤名: _____, 症状: _____》

③ 食物・ゴムアレルギー

食物やゴムで蕁麻疹が出たり、ショックを起こした経験

ない ある → 《食品名: _____, 症状: _____》

④ 飲酒・喫煙

喫煙《する (1日 _____ 本, _____ 年間) しない やめた》 飲酒《する しない》

⑤ 胃が弱い、または薬服用時に胃薬併用が必要ですか。《 はい いいえ 》

● 女性の方 → 妊娠中である (妊娠 _____ ケ月) 授乳中である

⑥ 常用薬

現在、常用している薬がありますか (注射, 内服薬, 吸入薬など)。

ない ある → 《薬剤名: _____》

★ 当院をどのように知りましたか。

《当院ホームページ, インターネット, 紹介 (職場, 知人, 家人, 他院 : _____),
近所 (職場, 自宅), 広告 (駅, 看板), 内覧会, 通りすがり, チラシ》

有難うございました。受付までお持ちください。

御殿山耳鼻咽喉科醫院

_____年 _____月 _____日