

# 問診票

しげのび耳鼻咽喉科アレルギー科

郵便番号： <input type="text" value="—"/>	記入日 年 月 日	
住所：	電話番号：	
ふりがな お名前 (男・女)	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	
身長 ( ) cm	体重 ( ) kg	体温 ( ) °C

※女性の方へ

- 妊娠の可能性がありますか？  
• ない                      • ある ( )週                      • わからない
- 授乳中  
• ない                      • ある

1、本日はどのような症状で受診を希望されますか？

( )

2、それはいつから始まりましたか？

( )

3、薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

• ない                      • ある → ( )

4、食べ物などのアレルギーはありますか？

• ない                      • ある → ( )

5、他院で処方されている薬がありましたらご記入ください

• ない                      • ある → ( )

6、現在治療を受けている病気や今までにかかった病気がありますか？

- ない
- ある → • 喘息      • 糖尿病      • 高血圧      • 心疾患      • 肝疾患      • 腎疾患      • 胃・十二指腸潰瘍  
                    • 緑内障      • 前立腺肥大      • がん      • B型肝炎      • C型肝炎
- その他( )

7、手術を受けたことがありますか？

• ない                      • ある → ( )

8、薬のご希望がありますか？

• ない                      • ある → 粉薬      錠剤      解熱剤      せき止め

9、当院をお知りになったきっかけをおしえてください

- チラシ      • ホームページ      • 家族      • 知人      • 近所      • 通りがかり      • 他院からの紹介
- その他( )