

## 問診票（耳鼻咽喉科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo.

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	さま			年齢	満 歳
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生まれ	
体重	体重			k g	
住所	〒 -				
電話番号	自宅 ( ) -		携帯 ( ) -		

①いつ頃から症状がありますか  
 （今日・昨日・（ ）日前・（ ）週間前・（ ）ヶ月前・（ ）年前）

②症状について記入してください。 来院時の体温（ ）℃

---



---



---



---

③今現在、服用中の薬はありますか？ なし  
 ※お薬手帳があればご提出下さい。 あり→（薬品名： ）  
 お薬の形（粉末、錠剤、シロップ等）の希望はありますか？  
なし あり→ 粉末 錠剤 シロップ

④今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり  
 ありの方は該当項目にチェックをお願いします。  
ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病 緑内障  
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ  
その他（ ）

⑤過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）  
 を起こしたことはありますか？ なし あり（ ）

⑥ 現在のお体の状態をお教えてください  
 食欲 良 ・ 普通 ・ 不良 ☆睡眠 約（ ）時間 ☆便通 日 回  
 飲酒 1日（ ） ・ 飲まない  
 喫煙 1日 本 年間（以前喫煙されていた方は 年前から禁煙） ・ 吸わない

⑦女性の方に質問です  
 妊娠の可能性 なし あり または 現在妊娠中（ ）週  
 授乳 現在授乳をしているか いいえ はい

★最後に、当院を何でお知りになりましたか？ ※複数回答可  
以前より知っていた 友人・知人の紹介 ホームページ 駅等の看板  
DAITO TIME その他（ ）  
 当院からのお知らせメールなどご希望されますか？  
希望する・メールアドレス（ ）@（ ） 希望しない