

問診票 (年 月 日)

診察券番号:

フリガナ

氏名

生年月日 (大・昭・平 年 月 日 満 歳) 性別 (男・女)

〒 - 住所

電話番号

メールアドレス

1. 本日はどうされましたか？

みみ	左耳・右耳・両耳 が ()
はな	
のど	
くび	
その他	

2. いつから症状がありますか？ (頃から)

3. 今までに病気になったことはありますか？ いいえ

・高血圧・喘息・糖尿病・結核・肝臓病 (B型/C型肝炎・その他)・腎臓病・緑内障
・心臓病 ()・その他 ()

4. 現在飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳のあるかたは診察時に見せてください)
いいえ・はい ()

5. 薬や食べ物で異常が起きたことがありますか？
いいえ・はい ()

6. たばこは吸いますか？ いいえ
吸っていた (まで 本/日)・吸っている (本/日)

7. アルコールは飲みますか？ いいえ
たまに飲む・飲む (日本酒・ビール・ を ml・合/週 日)

8. 女性の方：現在妊娠中ですか？ いいえ・はい (か月)

9. 女性の方：授乳中ですか？ いいえ・はい (お子様の年齢 か月・歳)

10. 小児の方：体重を教えてください。 (kg)

11. その他 医師に伝えたいことがありましたら下にご記入ください。

--