

問 診 票

浅香耳鼻咽喉科クリニック

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 T/S/H/R _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 (_____ 歳)

※再診の患者様は住所・電話番号の変更がある場合のみご記入ください。

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) (自宅・携帯電話・勤務先)

体重 (_____ kg) ←15歳以下は必ず記入お願いします。

I. 本日はどのようなことで来院されましたか？またその症状はいつからですか？

a, <input type="checkbox"/> 鼻	(両側 右 左) つまる くしゃみ 痛む 鼻出血 鼻水(透明で水様 黄色で粘調 両方) その他 ()	前から
b, <input type="checkbox"/> 耳	(両側 右 左) 痛む かゆい 耳だれ 聞こえが悪い 耳鳴り ふさがった感じ 耳あか その他 ()	前から
c, <input type="checkbox"/> のど	痛む せき 痰がからむ いがらっぽい 声がかれる 違和感がある その他 ()	前から
d, <input type="checkbox"/> その他	熱がある (_____ 度) だるい 頭痛 口内炎 首がはれている 回転性のめまい ふらつき 睡眠時無呼吸症候群 その他 ()	前から

II. ☐現在使用している薬を教えてください (ない ある) (過去1週間以内に内服していた薬もお書き下さい)

☐現在使用(内服)中の薬

☐終了した薬

III. ☐今までかかったことのある病気はありますか？

喘息 胃・十二指腸潰瘍 糖尿病 高血圧 心臓疾患 肝臓疾患
腎臓疾患 緑内障 前立腺肥大 けいれん その他 ()

IV. 今までに☐アレルギー (じんま疹や喘息発作など) がありましたか？

ない ある (ある場合は出来るだけ詳しく書いて下さい)

食べ物 卵 牛乳 ()

薬・その他 ()

V. ☐たばこを (吸う 吸わない) ☐アルコールを (毎日飲む 時々飲む 飲まない)

VI. ☐女性の方にお聞きします 妊娠 (可能性がある・していない・している _____ 週目)

授乳 (している していない)

VII. ☐診療費明細書 発行について
(希望する ・ 希望しない)

VIII. ☐当院をお知りになったきっかけは？
御紹介 近所・通りがかり
ホームページ 看板・チラシ
その他 ()