

問診票

フリガナ _____

お名前 _____ (男・女) (大・昭・平・令) 年 月 日生 才
〒 _____

住所 _____ 電話番号()- _____

■今日はどうされましたか？ いつからどんな症状があるかを詳しくご記入ください。

.....
.....
.....

■これまでに大きな病気、手術などをしたことがありますか？

・ない ・ある 結核・高血圧・低血圧・肝臓病(B/C型肝炎)・腎臓病・糖尿病・メニエール病
突発性難聴・高コレステロール血症・その他(.....)
(.....)才のときに(ちくのう・耳・胃・盲腸・その他.....)

■これまでに注射やお薬、食べ物などで発疹が出たり気分が悪くなったことがありますか？

(いつごろ・なにで・どんな症状・などをご記入ください。)

・ない
・ある

■本人もしくは本人と血縁関係の方でアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？

・いない ・いる(本人・兄・弟・姉・妹・父・母・子供(息子)・子供(娘))
・アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎

■あなたの生活習慣についてお尋ねします。

・タバコは吸いますか？ ・吸わない ・吸う (1日 _____ 本) ・家族が吸う
・お酒は飲みますか？ ・飲まない ・飲む (どのくらい _____)
・ペットを飼っていますか？ ・いない ・いる (犬・猫・他 _____)
・体重は _____ k g
・現在妊娠していますか？ ・いいえ ・はい(妊娠 _____ 週)
・現在授乳中ですか？ ・いいえ ・はい(_____ ケ月児に授乳中)

■特に医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。(例:薬胃が痛くなりやすいなど)

.....
.....

田中耳鼻咽喉科