

とくまる耳鼻咽喉科 初診問診用紙

ふりがな

お名前 (男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢

住所 〒 市

電話番号 ( ) お子様 体重 kg

1.本日受診した理由に○をしてください

● 耳 (右・左) 痛い 聞こえにくい 詰まる感じ 耳だれ ( )

● 鼻 鼻水 鼻づまり くしゃみ 痛い ( )

● のど 痛い 声がれ 異物感 咳 ( )

その他 花粉症(目のかゆみ) 顔の麻痺 首の腫れ 舌のできもの めまい 発熱( °C) ( )

2.1について 他院にかかりましたか (はい・いいえ)

はいの場合は内容をお願いします:

3.今までに入院や通院された病気がありますか (はい・いいえ)

はいの場合は内容をお願いします:

4.現在内服中のお薬はありますか (はい・いいえ)

はいの場合は内容をお願いします:(お薬手帳があればそちらで構いません)

5.薬や食べ物のアレルギーがありますか (はい・いいえ)

はいの場合は内容をお願いします:

6.煙草・お酒について伺います

煙草(①吸っている②以前吸っていた③吸ったことがない)

①,②の方 一日( )本 ( )歳から( )歳まで

お酒(①飲まない②飲む) ②の方 週( )回程度 1回に( )を( )杯程度

7.女性の方に伺います 妊娠されていますか(はい・いいえ・わからない) はいの方( )週

8.当院をどこで知りましたか(可能でしたら教えてください)

通りがかり ホームページ 電柱広告 知人から聞いて 近医通院中 他院からの紹介

駅の広告 その他( )