

問診表

本鵜沼耳鼻咽喉科

ふりがな

名前

大・昭
平・令

年 月 日生

住所 〒

TEL

- ・ どの具合が悪いですか？
耳 鼻 のど その他 ()
- ・ 熱はありますか？ (ある・ない)
- ・ いつ頃から、どのような症状ですか？
()
- ・ 今まで飲んだ薬で異常が起きたことはありますか？ (ある・ない)
どんな薬ですか？ ()
どんな異常ですか？ ()
- ・ 今まで耳鼻咽喉科の処置薬で気分の悪くなったことはありますか？ (ある・ない)
- ・ 今までにかかった病気はありますか？○をつけてください。
1.高血圧 2.低血圧 3.糖尿病 4.心臓病 5.腎臓病 6.胃潰瘍 7.結核 8.けいれん
9.肝臓病(B型・C型肝炎 他:) 10.喘息 11.じんま疹 12.その他アレルギー
耳鼻科の病気 ()
その他の病気 ()
- ・ 現在、他の医者にかかっていますか？(いる・いない)
何科ですか？ ()
どんな病気ですか？ ()
- ・ 現在、飲んでいる薬はありますか？(ある・ない)
(約 種類 わかれば内容:)
- ・ 現在、妊娠中ですか？(はい: ヶ月 いいえ) ・ 授乳中ですか？(はい・ いいえ)
- ・ どのような方法で当医院をお知りになりましたか？
看板 人から聞いて インターネット その他()
- ・ 小学生以下の方は体重をお書きください (Kg)