

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ	男	明				
	女	大	年	月	日	生
氏名		昭				
		平				才

《ご本人以外の方が記入される場合は、お名前をお書きください》

記入者： _____ 続柄（ ）

〒 _____

住所

電話

* お子様は体重をご記入ください。 _____ kg

(1) 当院をお知りになったきっかけは？

他医院からの紹介（恒生病院・三宅耳鼻科・その他〔 _____ 〕） 広告 電話帳
インターネット ご家族・ご友人がかかっている〔 _____ 〕

(2) 今日はどこが悪くて診察に来られましたか。

①いつ頃からどのような症状がありますか。出来るだけ具体的にお書きください。

.....

.....

.....

②今までに耳鼻科にかかったことがありますか。（ある・ない）

いつ頃 症状

(3) 現在、他の病院（診療所）に通院されていますか。（はい・いいえ）

病名 薬品（ある・ない）

(4) 注射、薬（抗生物質、解熱鎮痛剤、麻酔剤、その他）などで気分が悪くなったり、発疹等がでたことがありますか。（ある・ない）

薬品名

(5) アレルギー体質と診断と診断されたことがありますか。（ある・ない）

病名

(6) 今までにかかった大きな病気がありますか。（ある・ない）

{心臓病・肝臓病・その他(_____)}

(7) 女性の方に質問です。現在妊娠中もしくは授乳中ですか。（はい・いいえ）

{妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中}

(8) その他、先生にお尋ねになりたい事がありましたらお書きください。

《医院 記入欄》