

問診票

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

体重 _____ kg (小学生までのお子さんは記入下さい) 職業 _____

- どこを診てもらいたいですか？ ○をつけて下さい。
耳（左・右・両方） 鼻 のど
その他（ _____ ）
- いつ頃からですか？
_____ 頃より
- どのような症状がありますか？

- 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？ ○をつけて下さい。
・ 他の医療機関にかかっていない
・ 他の医療機関にかかった
どのような治療を受けましたか？

- 今までに耳鼻咽喉科で手術を受けたことがありますか？ ○をつけて下さい。
ない ・ ある
手術を受けた場所を教えてください。○をつけて下さい。
耳、鼻（ちくのう はなたけ 鼻中隔）、のど（扁桃腺 アデノイド ポリープ）
その他 _____
- 現在治療中、または、今までにかかったことのある病気・手術について○をつけて下さい。
・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 胃、十二指腸潰瘍
・ 心臓病 ・ 肝疾患 ・ 脳卒中 ・ 腎臓病 ・ アレルギー
・ 特になし ・ 手術 _____
- 現在内服中の薬がありますか？ ○をつけて下さい。
ない ・ ある
処方内容・病院名を教えてください。（おくすり手帳持参の方はご提示ください）

- お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ○をつけて下さい。
薬 ない ・ ある _____
食べ物 ない ・ ある _____
- タバコは吸われますか？ ○をつけて下さい。
吸う（ _____ 本/日） 吸わない 以前吸っていた（ _____ 年前）
- 女性の方にお尋ねします。○をつけて下さい。
現在、妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある ・ わからない
現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい
- この病院を受診したきっかけを教えてください。○をつけて下さい。
新聞広告、当院ホームページ、一宮市ホームページ、看板、他（ _____ ）

ありがとうございました。



はしもと耳鼻咽喉科