

問診票

〒 _____	電話番号 _____
住所 _____ 府・県 _____ 市 _____	生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 区 _____	
フリガナ _____	性別 男・女 _____
氏名 _____	体温 _____ °C

今日はどうされましたか？

みみ・はな・のど・その他 具体的に:

それはいつからですか？

今までに手術を受けたことがある方は、手術名と年齢をお書き下さい

その他、大きな病気にかかったことのある方はお書き下さい

下記の病気と診断されたことがある方は○印と年齢をお書き下さい

1.心臓病(_____ 歳) 2.高血圧(_____ 歳) 3.肝臓病(_____ 歳)

4.糖尿病(_____ 歳) 5.腎臓病(_____ 歳) 6.喘息(_____ 歳)

あなたの身長と体重をお書き下さい

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(女性の方のみ)妊娠していますか？

いいえ ・ はい(現在 _____ 週) ・ わからない

タバコについて

吸わない ・ 吸う(_____ 本/日) ・ 禁煙した(_____ 歳の時から)

アルコールについて

飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む(種類 _____ を _____ 本くらい)

今までに、薬を飲んだり、特定の食べ物を食べてじんま疹やアレルギーがでたことがありますか

ない ・ ある(原因 _____)

現在、服用中のお薬はありますか

ない ・ ある(薬名: _____)

差支えなければご職業をお聞かせください

当院を知ったきっかけ

1.知人、友人からの紹介 2.インターネット(当院のホームページ・医者どこ・その他検索サイト『サイト名: _____ 』)

3.新聞折り込み 4.近隣に住んでいる 5.買い物にきたついで 6.その他(_____)