

ちはら台耳鼻咽喉科 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな
ご氏名 様 (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所 (〒 _____)

電話番号 (_____) 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1 今日、どのような症状で来院されましたか。

3 それは、いつ頃からですか。

年 月 日ころから / (時間・日・週間・ヵ月・年) 前から

4 これを記入中に、下記の症状があれば○をつけてください。

さむけ 頭痛 手足のしびれ 呼吸がくるしい
出血 (耳・鼻・のど) 非常に強い痛み (耳・鼻・のど)

5 今まで、薬を使って具合が悪くなったことはありますか。

ない がある (どのような薬ですか どのような症状でしたか)

6 現在、治療中の病気があれば、ご記入ください。

ぜんそく 糖尿病 高血圧 腎臓病
心筋梗塞 脳梗塞
前立腺肥大 緑内障 腫瘍 (部位) その他の病気 ()

7 現在、服用中の薬があれば、ご記入ください。

8 過去にかかった病気があれば、ご記入ください。

(手術: いつごろ 部位)

9 女性の方にお聞きします。該当する箇所に○をつけてください。

妊娠の可能性が (ある ・ ない)
妊娠中 () 週
授乳中

10 院内では通常ご氏名でお呼びします。番号のみでお呼びする方は○をつけてください。

()