

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

問診記入中(保チェック済)/保険証or83忘れ

医事課記入欄:

耳鼻咽喉科 問診票

※下記の質問に全てご回答下さい。

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

 いいえ はい

→

薬剤名:

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

 いいえ はい

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状が出ている部位はどちらですか。 _____

3. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は受付でご提示下さい。

 いいえ はい → :お薬手帳 あり なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

 いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

 いいえ はい → : _____

5. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

 いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

 いいえ はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

6. 喫煙歴について 喫煙はしない

 喫煙をしている。(1日 本 年間くらい) 以前喫煙をしていた。(1日 本 年間くらい)

7. 飲酒について 飲酒の習慣はない。

 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。