

予約(有・無)

耳鼻咽喉科問診票

受診日： 年 月 日

住所・電話番号の変更のない方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

| | | | | | | |
|-------|-----|------|---------|---|--|--|
| ※フリガナ | | 生年月日 | 明 大 昭 平 | | | |
| ※氏名 | 男・女 | | 年 月 日 歳 | | | |
| 住所 | 〒 - | 携帯番号 | - | - | | |
| | | TEL | - | - | | |

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

◎体温 [. °C]

《重要》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・注射等のアレルギー

いいえはい

薬剤名：

症状：

食べ物のアレルギー

いいえはい

食べ物名：

症状：

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。

頃から

どのような症状ですか。

[]

2.現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。

[病名： 医療機関名：]

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

[病名： 年齢：]

4.現在、内服している薬がある場合は記入して下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

[]

5.日常生活について、お答え下さい。

たばこについて

吸わない吸っていた吸っている

本数：1日に ()本位

期間：()年間位

アルコールについて

飲まない毎日時々

お酒の種類：

量 1~2杯 2~3杯 3杯以上

6.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

7.(当院が初めての方にお聞きます)当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1)知人の紹介 2)病院の紹介 3)通りがかり 4)インターネット 5)チラシ広告 6)看板 7)その他()

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。アレルギー検査：血液検査によりアレルギー体質の診断を行います。(花粉・ハウスダスト・食物・動植物アレルギー検査等)聴力検査 耳あか除去 めまい検査 その他()睡眠時無呼吸症候群(当クリニックではフィリップス社の機器のみの取り扱いとなります)

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

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。