

耳鼻咽喉科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平			
氏名	男・女		年	月	日	歳
住所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	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。

[_____]

※下記の欄にご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。(医師の診断によっては希望に添えない場合がございます。)

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

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)

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します)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()

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。